



## EINDRAPPORT

# Onderzoek 'Gezondheid en wonen' Pistes voor een geïntegreerde terreinbenadering

In opdracht van  
POD Maatschappelijke Integratie,  
Cel Grootstedenbeleid

8 december 2006

Promotor: Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
Onderzoekers: Lic. Tomas Mainil  
Dr. Sara Willems





# Inhoudsopgave

<b>Dankwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1. Dagelijkse praktijk</b>	<b>7</b>
<i>1.1 Doelstelling</i>	<i>7</i>
<i>1.2 Methodologie</i>	<i>7</i>
<i>1.3 Resultaten</i>	<i>12</i>
<b>2. Good practices</b>	<b>21</b>
<i>2.1 Doelstelling</i>	<i>21</i>
<i>2.2 Methodologie</i>	<i>21</i>
<i>2.3 Resultaten</i>	<i>22</i>
<b>3. Rondetafelgesprekken</b>	<b>26</b>
<i>3.1 Doelstelling</i>	<i>26</i>
<i>3.2 Methodologie</i>	<i>26</i>
<i>3.3 Resultaten</i>	<i>27</i>
<b>Detectie</b>	<b>27</b>
<b>Rapportage</b>	<b>30</b>
<b>Doorverwijzing</b>	<b>31</b>
<b>Registratie</b>	<b>33</b>
<b>Samenwerking en informatie</b>	<b>34</b>
<b>Meldpunt</b>	<b>36</b>
<b>Diverse Actoren</b>	<b>37</b>
<b>Opleiding</b>	<b>39</b>

<b>Knelpunten</b>	<b>41</b>
<b>Voorstellen</b>	<b>43</b>
<b>Huisvestingsgeneeskunde</b>	<b>45</b>
<b>Huisvestingsinspectie</b>	<b>46</b>
<i>3.4 Aspecten waarin de Nederlands- en Franstalige respondenten van elkaar verschillen</i>	<b>48</b>
<b>Detectie</b>	<b>48</b>
<b>Rapportage</b>	<b>48</b>
<b>Doorverwijzing</b>	<b>48</b>
<b>Registratie</b>	<b>48</b>
<b>Samenwerking en informatie</b>	<b>49</b>
<b>Meldpunt</b>	<b>49</b>
<b>Diverse actoren</b>	<b>49</b>
<b>Opleiding</b>	<b>49</b>
<b>Knelpunten</b>	<b>50</b>
<b>Voorstellen</b>	<b>50</b>
<b>Huisvestingsgeneeskunde</b>	<b>51</b>
<b>Huisvestingsinspectie</b>	<b>51</b>
<i>3.5 Conclusies</i>	<b>53</b>
<b>4. Scenario's</b>	<b>54</b>
<i>4.1 Doelstelling</i>	<b>54</b>
<i>4.2 Methodologie</i>	<b>54</b>
<i>4.3 Resultaten</i>	<b>55</b>
<b>Probleemsituatie scenario's</b>	<b>55</b>
<b>Factsheet</b>	<b>57</b>

<b>Toelichting scenario's</b>	<b>60</b>
<b>Expertenronde</b>	<b>73</b>
<b>Eindconcept: Totaalproject Gezondheid en Wonen</b>	<b>80</b>
<b>5. Algemene conclusies en aanbevelingen</b>	<b>84</b>
<b>6. Bibliografie</b>	<b>89</b>
<b>7. Bijlagen</b>	<b>92</b>
<b>Bijlage 1: Voorbeeld vragenlijst</b>	<b>93</b>
<b>Bijlage 2: Templates ‘Goede praktijken’</b>	<b>97</b>
<b>Bijlage 3: Voorbeeld Topiclijst</b>	<b>113</b>
<b>Bijlage 4: Website Kenniscentrum Grote Steden (NL)</b>	<b>116</b>
<b>Bijlage 5: Medisch Milieukundigen</b>	<b>119</b>
<b>Bijlage 6: Voorstel van resolutie betreffende milieu en gezondheid Vlaamse parlement</b>	<b>123</b>
<b>Bijlage 7: Handelingen Vlaamse Parlement (betreffende MMK's)</b>	<b>127</b>
<b>Bijlage 8: CRIPI (Brussel)</b>	<b>128</b>
<b>Bijlage 9: SAMI (Luik)</b>	<b>131</b>
<b>Bijlage 10: Structuur OCMW</b>	<b>134</b>
<b>Bijlage 11: Structuur Huisvestingsdienst</b>	<b>136</b>

## **Lijst Tabellen**

Tabel 1      Lijst van aangeschreven organisaties Dagelijkse Praktijk

Tabel 2      Vragen 1, 3 en 5, Vragenlijst Dagelijkse Praktijk

Tabel 3      Factsheet 1 scenario's

Tabel 4      Resultaten 2005, Medisch Milieukundigen

Tabel 5      Factsheet 2 scenario's

## **Lijst Figuren**

Figuur 1     Kind en Gezin Ikaros registratie

Figuur 2     Socmut, de Voorzorg registratie

Figuur 3     Stad Oostende, registratie

Figuur 4     Probleemsituatie scenario's

Figuur 5     Totaalproject Gezondheid en Wonen

## ***Dankwoord***

Wij danken de opdrachtgever van het onderzoek – de POD Maatschappelijke Integratie, Cel Grootstedenbeleid en het Kabinet van Christian Dupont, Minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke integratie, Grootstedenbeleid en Gelijke Kansenbeleid. Wij hopen dat het rapport aan hun verwachtingen voldoet.

Voorts willen we ook Mevr. Marie-Sabine Amato en Dhr. Etienne Christiaens bedanken voor de inzet en begeleiding die zij boden gedurende het project. Daarnaast heeft Mevr. Cecile Hubert vanuit het kabinet ons steeds constructief en creatief gesteund. Daarnaast heeft ook de begeleidingscommissie steeds de nodige constructieve commentaren en aanvullingen aangereikt.

Al de professionele organisaties die deelgenomen hebben aan de vragenlijst en/of de rondetafelgesprekken in Gent of Brussel: van harte bedankt voor de bereidwillige medewerking. Op hun inbreng steunt dit project. De rondetafelgesprekken hebben bewezen dat samenwerken tussen sectoren mogelijk is.

Tenslotte hebben verschillende experts de scenario's geëvalueerd. Bedankt voor de kostbare tijd en waardevolle inbreng.

We hopen dat het rapport een bijdrage kan leveren tot meer afstemming van de sectoren 'wonen' en 'gezondheid' en tot meer sociale integratie.

Het onderzoeksteam,

Lic. Tomas Mainil

Dr. Sara Willems

Prof. Dr. Jan De Maeseneer

Gent, 14.11.06.

## *Inleiding*

Gezondheid, Welzijn en Huisvesting zijn binnen onze samenleving drie belangrijke basisvoorwaarden voor een kwaliteitsvol bestaan. (WHO, 2001). Echter, vaak ontbreekt de afstemming tussen de dienstverlenende organisaties binnen de sectoren Gezondheid, Welzijn en Huisvesting (Verkleij, 2003). Binnen het beleid is reeds langer aandacht voor de impact van milieu op gezondheid (cfr. Environmental Health). Echter, ook de aandacht voor de relatie tussen het Binnenhuismilieu en de Gezondheid, zowel in beleidskringen als in respectievelijke sectoren, is noodzakelijk.

In 2004 startte de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent in opdracht van de POD Maatschappelijke Integratie, Cel Grootstedenbeleid een onderzoek naar Gezondheid in Grote Steden. Daaruit bleek dat er significante verschillen bestaan tussen achtergestelde stedelijke buurten en niet-achtergestelde stedelijke buurten op het vlak van gezondheid en zorggebruik.

In december 2005 werd een vervolgstudie opgestart die focust op de relatie tussen gezondheid en wonen. Wetenschappelijke bronnen bevestigen deze relatie tussen gezondheid en wonen (Brysse, 2004) (Dunn, 2002) (Thomson, 2001) (Takano, 2001). Centraal binnen dit project staat de vraag hoe professionals adequater actie kunnen ondernemen wanneer zij de samenhang tussen gezondheids- en woonproblemen bij cliënten/patiënten vaststellen. Het doel van dit project is o.m. het ontwikkelen van een instrument dat de professionals hierbij kan ondersteunen.

Binnen dit project kunnen verschillende onderdelen onderscheiden worden.

In een eerste onderdeel wordt getracht zicht te krijgen op de dagelijkse praktijk van professionals die in het kader van hun beroepsuitoefening op huisbezoek gaan: op welke manier detecteren zij gezondheids- en/of huisvestingsproblemen en welke acties ondernemen zij? In een tweede onderdeel wordt nagegaan wat er in binnen- en buitenland bestaat aan 'goede praktijken'. In een derde onderdeel worden rondetafelgesprekken georganiseerd met professionals en organisaties met als doel hun visie en opinies te exploreren m.b.t. het te ontwikkelen instrument. In een vierde onderdeel wordt op basis van de informatie verzameld in de voorgaande onderdelen en in de vorm van mogelijke scenario's, een voorstel voor een instrument uitgewerkt. Ten slotte worden deze scenario's voorgelegd aan een aantal experts.

Het eindrapport brengt verslag uit van deze onderdelen en voegt daarnaast nog beleidsaanbevelingen toe aan het debat omtrent Gezondheid en Wonen.



# ***1. Dagelijkse praktijk***

## ***1.1 Doelstelling***

De doelstelling van dit onderzoeksgedeelte is de **inventarisatie van de reeds bestaande en gehanteerde praktijken en instrumenten** aangaande Gezondheid en Wonen binnen de sectoren Huisvesting, Welzijn en Gezondheidszorg. Bijzondere aandacht gaat hierbij naar de vraag of er reeds diensten of organisaties zijn in België die de relatie tussen Gezondheid en Wonen pro-actief in hun beleidspraktijk hebben opgenomen.

## ***1.2 Methodologie***

Hiertoe werd een **vragenlijst** ontwikkeld die peilt naar de dagelijkse praktijk van een brede waaier van diensten en organisaties binnen de sectoren Gezondheid, Welzijn en Huisvesting. Deze vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

De vragenlijst behandelt volgende thema's:

- identificatie van de medewerkers die op huisbezoek gaan;
- detectie van problemen i.v.m. huisvesting en/of gezondheidsproblemen gerelateerd aan de woonkwaliteit;
- rapporterings- en verwijzingsstrategieën;
- nood aan opleiding omtrent deze problematiek.

Deze vragenlijst werd verspreid naar organisaties werkzaam binnen de sector Huisvesting, Welzijn of Gezondheidszorg, op basis van een lijst, die gezamenlijk werd opgesteld door de Cel Grootstedenbeleid en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Als enige criterium voor deze lijst geldt de (on)rechtstreekse betrokkenheid van de organisaties in de sectoren Gezondheid, Welzijn en Huisvesting. In een eerste fase werd de vragenlijst elektronisch verstuurd naar 134 organisaties waarvan 47 organisaties met een ingevulde vragenlijst (response rate 35%) terugbezorgden. Van deze 134 organisaties zijn 55 organisaties niet werkzaam op de eerste lijn: zij voeren geen huisbezoeken uit. Toch werd de vragenlijst echter ook naar hen opgestuurd, zodat zij de vragenlijst konden doorsturen naar eerstelijnsorganisaties in hun netwerk. Op die manier creëert men een sneeuwbal effect. De werkelijke response rate ligt dus hoger nl. 59% (47/79). Hierbij gaat het om 17 Vlaamse, 11 Brusselse en 7 Waalse en 12 Federale organisaties. Als reden voor het niet terugsturen van de vragenlijst werd meestal de hoge werkdruk opgegeven. Deze organisaties werden ook uitgenodigd voor de 2<sup>de</sup> fase van het onderzoek, nl. de rondetafelgesprekken (zie deel 3)

Tabel 1 geeft een overzicht van de aangeschreven organisaties die deelgenomen hebben aan het onderzoek mbt de vragenlijst en de rondetafelgesprekken. Hierbij gaat het om eerstelijnsorganisaties en tweedelijnsorganisaties in de sectoren Gezondheid, Welzijn en Huisvesting. De onderzoekers hebben een vragenlijst opgesteld en elektronisch verstuurd. Vaak voeren tweedelijnsorganisaties geen huisbezoeken uit. 55 organisaties vulden de vragenlijst bijgevolg niet in. Zij werden echter betrokken bij de rondetafelgesprekken. In onderstaande tabel kan u zien of de organisaties een vragenlijst hebben opgestuurd en/of deelgenomen hebben aan de rondetafelgesprekken. Daarvoor hanteren we onderstaande kleurencode:

1<sup>ste</sup> Lijnsorganisaties die deelnamen aan de enquête

1<sup>ste</sup> Lijnsorganisaties die niet deelnamen

2<sup>de</sup> Lijnsorganisaties die niet deelnamen ( geen huisbezoeken)

Organisatie <input type="checkbox"/>	Aanwezig op Rondetafelgesprek	<input type="checkbox"/> Universiteit Antwerpen <input type="checkbox"/> Universiteit Antwerpen
Regio		
Vlaamse Ambulanciers Vereniging	Vlaanderen	X
Amina	Vlaanderen	
Bouwbiologen	Federaal	
Politie Gent	Oost-Vlaanderen	X
Cel Grootstedenbeleid	Federaal	X
Europese Associatie voor Onderzoek naar Milieu en Gezondheid	Federaal	X
Federatie Centra Geestelijke Gezondheidszorg	Vlaanderen	X
Plate-forme des ONG du secteur social	Europees	
European Federation of National Organisations Working with the Homeless	Europees	
Platform Wonen en Ouderen	Vlaanderen	X
Vlaams Instituut voor bio-ecologisch Bouwen en Wonen	Vlaanderen	X
Landsbond Liberale Mutualiteit	Federaal	X
Kenniscentrum Woonbeleid	Vlaanderen	X
Wooninspectie Vlaanderen	Vlaanderen	X
Nationaal Verbond Socialistische mutualiteit	Federaal	X
Woonwinkels	Vlaanderen	
Vlaamse Beroepsvereniging Zelfst. Verpleeg	Vlaanderen	
Antigifcentrum	Federaal	X
Vlaams Fonds	Vlaanderen	X
Ocmw Antwerpen	Antwerpen	X
Wijkgezondheidscentrum De Vlier	Oost-Vlaanderen	X
Sociale verhuurkantoren	Vlaanderen	
Agentschap Binnenlandse Aangelegenheden	Vlaanderen	X
Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten	Vlaanderen	X
Kabinet Minister Demotte	Federaal	
Bruxelles, ville région en santé	Brussel	
Centrum voor Duurzame Ontwikkeling	Vlaanderen	X

Unie Zelfstandige Kinesitherapeuten	Vlaanderen	X
Huurdersbond	Vlaanderen	X
Wijkgezondheidscentrum De Kaai	Oost-Vlaanderen	X
Wijkgezondheidscentrum Daenshuis	Oost-Vlaanderen	X
Steunpunt Algemeen Welzijnswerk	Vlaanderen	X
Lokaal Gezondheidsoverleg Vlaanderen	Vlaanderen	
Huisvestingsdienst Gent	Oost-Vlaanderen	X
Milieuadvieswinkel	Oost-Vlaanderen	
Familiehulp	Vlaanderen	X
Vlaams Netwerk van Verenigingen waar Mensen die in armoede leven, het woord nemen	Vlaanderen	
Réseau des Associations (...)	Wallonië	
Réseau Belge de lutte contre la pauvreté	Federaal	
Solidariteit voor het gezin	Vlaanderen	X
Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté	Brussel	
Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté	Wallonië	
Promédicis		X
Pour la solidarité		X
Union des Villes et Communes Wallonnes	Wallonië	
Association de la Ville et des Communes De la Région de Bruxelles	Brussel	
INCLPAN	Federaal	
Landsbond onafhankelijke ziekenfondsen	Federaal	X
Ligue des familles	Wallonië	
Secrétariat régional au développement urbain	Brussel	
Habitat et Rénovation	Brussel	
Convivence	Brussel	
Porte Rouge	Brussel	
RenovaS	Brussel	
Logement pour Tous	Brussel	
Wit-Gele Kruis	Vlaanderen	X
Comme chez toi	Brussel	
Fee coopérative	Brussel	
Federatie voor Brusselse Huurdersunies	Brussel	
Landsbond der Christelijke mutualiteiten	Federaal	X
Rassemblement bruxellois pour le droit au logement	Brussel	
CAFA St-Gilles	Brussel	
17 Huisvestingscoördinatoren	Federaal	
Observatoire de la Santé de Forest	Brussel	
Interenvironnement BXL	Brussel	X
Institut provincial d'hygiène et bactériologie		X
Regionale diensten Inspectie	Brussel	
Centre Bruxellois pour l'action interculturelle	Brussel	
Facultés Universitaires St-Louis	Wallonië	
Centre d'études en aménagement du territoire	Wallonië	
Stad Antwerpen	Antwerpen	X
Habitat en Participation	Brussel	
Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie	Vlaanderen	
Ecole de Santé Publique UCL	Wallonië	
Office de la Naissance et d'Enfance	Wallonië	X
Asbl COSEDI	Wallonië	X
Centre de Recherche et d'information des	Federaal	

organisations des consommateurs		
Canal Santé	Brussel	
Asbl Santé Communauté participation	Brussel	
Huisvesting stad Gent	Oost-Vlaanderen	X
Asbl Education Santé	Brussel	
Bureaux de quartiers	Wallonië - Brussel	
Asbl Questions Santé	Wallonië	
Centre de Santé UCL	Wallonië	
CPAS de La Louvière – service maintien à domicile	Wallonië	
Plateforme de concertation pour la santé mentale	Wallonië	X
Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering	Federaal	
De Post	Federaal	
Kind en Gezin	Vlaanderen	X
Huisvestingsdienst Oostende	West-Vlaanderen	X
Samenlevingsopbouw	Vlaanderen	
Ligue Bruxelloise pour la santé mentale	Brussel	X
VIBOSO	Vlaanderen	
Centrum voor gelijke kansen	Federaal	
Minderhedenforum	Federaal	
Gezondheidsdienst Gent	Oost-Vlaanderen	X
Koning Boudewijn Stichting	Vlaanderen	X
Bond voor grote en jonge gezinnen	Federaal	
Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure /Services d'Analyse des Milieux Intérieurs (Ambulance Verte)	Brussel + Wallonië	X
Wetenschappelijk en Technisch Centrum voor de Bouw	Federaal	X
Bouwfederatie	Federaal	
Société Régionale du logement de la région de Bruxelles-capital	Brussel	
Mutualité Saint-Michel – service social	Wallonië	
Administration Wallonne du logement	Wallonië	
Interenvironnement Wallonie	Wallonië	X
Médecin Mellery		X
Syndicat des locataires	Federaal	
CERIA – Institut Gilbert	Wallonië	
Fédération des Maisons Médicales	Federaal	
Journal du medecin	Federaal	X
Commission communautaire française	Brussel	
Commission communautaire commune	Brussel	
Institute Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement	Brussel	X
Huisartsenvereniging Gent	Oost-Vlaanderen	X
Région Wallonne	Wallonië	
Direction régionale de l'inspection du logement	Brussel	
Centre d'Information et d'Education Populaire du MOC	Brussel	
Ecole de Santé Publique Liege	Wallonië	X
Division du Logement de l'Administration de l'Amenagement	Wallonië	
Service Projets Subsidiés Sint-jans Molenbeek	Brussel	
Maison maternelle d'alluor	Wallonië	
Syndicat National des Propriétaires et Copropriétaires	Federaal	

Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale	Brussel	
Antenne Tournesol asbl	Brussel	
Syndicat Socialiste	Federaal	X
Réseau Européen des associations de lutte contre la pauvreté	Europees	
European Liaison Committee for Social Housing	Europees	
Bravvo asbl Ville de Bruxelles	Brussel	
Centre Publique Action Sociale de Bruxelles	Brussel	X
Solidarités Nouvelles -Bruxelles	Brussel	
Bio-architecten	Vlaanderen	
Rode Kruis – Croix Rouge de Belgique	Federaal	
Société Scientifique de Médecine Générale	Wallonië	X
Union des locataires de ST Gilles	Brussel	X
POD Maatschappelijke Integratie	Federaal	
Office Nationale de L'enfance (ONE)	Wallonië	
Ecolo	N/A	X
Kabinet Stad Gent	Oost-Vlaanderen	X
Ecole de Santé Publique LouvainLN	Wallonië	X
Comme chez nous	Brussel	
Ecole de Santé Publique ULB	Brussel	X
Solidarités Nouvelles Wallonie asbl	Wallonië	
WOLU-SERVICES asbl – Centre d'action sociale globale	Brussel	
Guichet Info-Logement Sin- JansMolenbeek	Brussel	
Bruxelles, Ville Région en Santé asbl	Brussel	
Stadsmonitoren	Federaal	
Ministère de la région wallonne	Wallonië	X
Vlaamse Huisvestingsmaatschappij	Vlaanderen	X
Bois et Habitat	Wallonië	
Asbl Service d'Accompagnement Social	Wallonië	
Free Clinic, Service social, maison médicale	Brussel	
Maison médicale 'le gué'	Wallonië	
Société Régionale Wallonne du Logement	Wallonië	X
Asbl maisons d'accueil 'l'flot'	Brussel	
Fonds Reine Fabiola	Federaal	
Espace social tele-service	Brussel	
Le foyer Laekenois (société de logements sociaux)	Brussel	
Kenniscentrum Vlaamse Woonbeleid	Vlaanderen	
Maison medicale asbl	Brussel	
Maison médicale d'Anderlecht	Brussel	
Confédération de la Construction de la région de Bruxelles	Brussel	
CPAS de La Louvière – titres services	Wallonië	

**Tabel 1 : Lijst van aangeschreven organisaties Dagelijkse Praktijk**

## 1.3 Resultaten

De resultaten worden gestructureerd a.d.h.v. de chronologie van de vragen in de vragenlijst. Allereerst geven we een schematisch overzicht aangaande vragen **1a**, **3** en **5** uit de vragenlijst. Deze vragen handelen hier over wie op huisbezoek gaat binnen de organisatie, of er op dat ogenblik ook een registratie plaatsvindt en tenslotte of er genoeg opleiding voorzien is in het kader van de problematiek.

<b>1a. Welke medewerkers binnen uw organisatie gaan op huisbezoek bij cliënten/patiënten ?</b>
<b>3. Indien medewerkers tijdens en huisbezoek merken dat er zich gezondheids- of woonproblemen voordoen, registreren zij dit dan ?</b>
<b>5. Hebt u het gevoel dat de medewerkers van uw organisatie of dienst voldoende zijn opgeleid, hetzij in hun basisopleiding of via bijscholing, om een detectie- en/of rapporteringsfunctie i.v.m. gezondheids- en woonproblemen op te nemen?</b>

Organisatie	Huisbezoek, Wie?	Registratie ?	Opleiding?
Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering	Maatschappelijk werker; Ervaringsdeskundige armoede	Ja, niet uniform	Neen
Wijkgezondheidscentrum Daenshuis	Arts; Verpleegkundige; Kinesitherapeut	Ja, niet uniform	Neen
Stad Oostende, dienst huisvesting	Technisch medewerker; Maatschappelijk werker	Ja, op uniforme wijze	Ja
Kind en Gezin	Woonbegeleider; Technisch medewerker; Architect; Plaatser rookmelders	Ja, Niet uniform en op uniforme wijze	Neen
Gezondheidsdienst Stad Gent	Gezondheidscontroleur	Ja, op uniforme wijze	Neen
Brussel Instituut voor Milieubeheer	Wetenschappelijk medewerker; Sociaal verpleegkundige	Ja, op uniforme wijze	Neen
Lokale Politie Gent	Buurtinspecteurs; Maatschappelijk rechercheur	Ja, op uniforme wijze	Neen
Wit-Gele Kruis	Thuisverpleegkundige; Kwaliteitsbegeleider; Hoofdverpleegkundige	Ja, niet uniform	Neen
Landsbond voor onafhankelijke ziekenfondsen, CAW	Maatschappelijk assistent; Sociaal Verpleegkundige; Ergotherapeut	Ja, op uniforme wijze	Ja
Landsbond voor onafhankelijke ziekenfondsen, Sociale diensten	Maatschappelijk assistent; Verpleegkundige	Ja, niet uniform	Ja

<b>Organisatie</b>	<b>Huisbezoek, Wie?</b>	<b>Registratie ?</b>	<b>Opleiding?</b>
Wijkgezondheidscentrum De Brug	Huisarts; Kinesitherapeut; Thuisverpleegkundige	Ja, niet uniform	Neen
Liberaal Mutualiteit Limburg	Maatschappelijk assistent; Verpleegkundige	Ja , op uniforme wijze	Ja
Huisartsen Vereniging Gent	Huisarts	Ja, niet uniform	Neen
Stad Antwerpen, Woondienst	Maatschappelijk assistent; Technisch onderzoeker; Technisch adviseur	Ja, op uniforme wijze en niet uniform	Ja
Vlaamse Huisvestingsmaatschappij	Architect; Sociaal inspecteur; Ingenieur	Ja, op uniforme wijze	Ja
Medisch Milieukundigen	Medisch milieukundige	Ja, op uniforme wijze	Ja
Solidariteit voor het Gezin	Thuisverpleegkundige	Ja, niet uniform	Ja
Alexis Versele Architectenvennootschap cvoa	Architect, Veiligheidscoördinator; Ir.architect	Ja, niet uniform	Neen
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuisverzorging	Thuisverpleegkundigen	Ja, niet uniform	Ja
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Maatschappelijk Welzijn	Sectorverantwoordelijke; Verantwoordelijke ergotherapie; Indiciesteller	Ja, niet uniform	Ja
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuiszorgcoördinatie	Thuiszorgcoördinator; Coördinator Vrijwilligerswerk; Vrijwilliger	Ja, niet uniform	Ja
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Kinderzorg	Verantwoordelijke hulpverlening, Dienstverantwoordelijke; Kraamverzorgenden; Groepswerkers	Ja, niet uniform	Ja
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuishulp	Verantwoordelijke hulpverlening; Verzorgende; Logistieke medewerkers	Ja, op uniforme wijze	Ja
Familiehulp vzw	Sectorverantwoordelijke; Basiswerker	Neen	Ja
Liberaal mutualiteit Oost-Vlaanderen, CAW	Maatschappelijk assistent; Ergotherapeut	Ja, niet uniform	Nvt.
Liberaal mutualiteit Limburg	Maatschappelijk assistent CAW; Verpleegkundige	Ja, niet uniform	Neen
Landsbond der christelijke mutualiteiten, dienst maatschappelijk werk	Maatschappelijk werker; Indiciesteller;	Ja, niet uniform	Neen
Stad Gent, dienst huisvesting	Sociaal consulent; Controleur; Technisch geschoolden	Ja, op uniforme wijze	Ja
Kinesitherapeuten (vanuit Unie Zelfstandige Kinesitherapeuten)	Kinesitherapeut	Neen	Neen
Wijkgezondheidscentrum De Vlier	Huisarts; Verpleegkundige; Kinesitherapeut	Ja, niet uniform	Neen

<b>Organisatie</b>	<b>Huisbezoek, Wie?</b>	<b>Registratie ?</b>	<b>Opleiding?</b>
Mutualités Chrétiennes – Alliance Nationale, service social francophone	Maatschappelijk assistent	Neen	Neen
Habitat et Renovation asbl	Architect ; Eco-consulent	Ja, op uniforme wijze	Ja
Free Clinic, Service social, maison médicale	Maatschappelijk assistent ; Huisarts	Neen	Neen
Maison médicale ‘le gène’	Huisarts ; Kinesitherapeut ; Verpleegkundigen	Neen	Neen
Antenne Tournesol asbl	Huisarts ; Kinesitherapeut ; Verpleegkundige	Ja, niet uniform	Neen
Asbl maisons d’accueil ‘l’flot’	Niet van toepassing	Neen	Neen
WOLU-SERVICES asbl – Centre d’action sociale globale	Maatschappelijk assistent	Ja, op uniforme wijze	Ja
Espace social tele-service	Maatschappelijk assistent ; Transportbegeleider ; Klusjesdienst	Ja, niet uniform	Ja
Le foyer Laekenois (société de logements sociaux)	Maatschappelijk assistent ; Technicus ; Onderhoudspersoneel; Concierges	Ja, op uniforme wijze	Neen
Maison maternelle d’alluur	Opleider ; Psycholoog ;	Ja, niet uniform	Ja
Maison medicale asbl	Huisarts ; Verpleging ; Kinesitherapeut	Ja, niet uniform	Ja
Maison médicale d’Anderlecht	Huisarts ; Verpleging ; Kinesitherapeut	Ja, niet uniform	Neen
Bruxelles Environnement – IBGE département développement durable et santé	Coördinator Ambulance Verte ; Verpleging (eco-social) ; Laborant	Ja, op uniforme wijze	Ja
CPAS de La Louvière – titres services	Maatschappelijk werker ; Thuiszorgverantwoordelijke	Ja, niet uniform	Neen
CPAS de La Louvière – service maintien à domicile	Maatschappelijk werker	Ja, op uniforme wijze	Ja
Mutualité Saint-Michel – service social	Maatschappelijk werker	Ja, op uniforme wijze	Ja

**Tabel 2 : Vragen 1a-3-5 Vragenlijst Dagelijkse praktijk**

Vervolgens gingen we na welke medewerkers op huisbezoek gaan. En in het kader van welke dienstverlening (**vraag 1b** uit de vragenlijst)



<b><i>1b. In het kader van welke zorg- of dienstverlening gebeurt dit ?</i></b>
---

In de Huisvestingssector:

- op vraag van huurders omwille van de leefomstandigheden. (cfr. Le Foyer Laekenois, Espace social tele-service, Dienst Huisvesting Gent)  
op vraag van de politie om de bewoners te beschermen (Gezondheidsdienst Stad Gent, Dienst Huisvesting Gent)
- om kwaliteitsonderzoek van de woning uit te voeren. (cfr. Habitat et Renovation, IBGE, Dienst Huisvesting – Oostende)
- uitvoering van aanpassingswerken (cfr. Architectenvennootschap Alexis Versele)
- chemische en biologische stalen nemen (cfr. Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling)

Bij medewerkers in de bouwsector:

- voor het verlenen van technisch bouwkundig advies (cfr. Vlaamse Huisvestingsmaatschappij)
- voor een prospectie voor een renovatie (cfr. VHM)

In de Gezondheidszorgsector:

- opstellen van een zorgplan (cfr. WOLU-SERVICES asbl, Familiehulp)
- vaststellen graad van zorgbehoevendheid (cfr. CPAS La louvière, CAW Onafhankelijk Ziekenfonds, Christelijke Mutualiteit)
- verlenen van medische zorg (cfr. Maison Médicale d'Anderlecht, Antenne Tournesol asbl, Free Clinic, WGC Daenshuis, Wit-Gele Kruis, WGC De brug, HVG)
- advies verlenen voor aanpassingen aan de woning (cfr. Ergotherapeuten in diverse organisaties o.a. Liberale mutualiteit)
- preventie en zorg aan gezinnen met kinderen (cfr. Kind&Gezin, Maison Maternelle d'Alluur)
- opvoedingsondersteuning vnl. in kansarme buurten (cfr. Gezinsondersteuners van Kind&Gezin)

In de Welzijnssector:

- begeleiden van cliënten (cfr. Maatschappelijk assistenten OCMW, De Voorzorg, Maatschappelijk Welzijn)
- Coördinatie vrijwilligerswerk (cfr. De Voorzorg, Thuiszorgorganisatie)
- signaalfunctie maatschappelijke veiligheid (cfr. Politie Gent)
- indien de cliënt niet bij machte is zichzelf te verplaatsen (cfr. WGC De Vlier, Hulpkas bij ziekte en invaliditeitsuitkering)

Tabel 2 geeft aan dat 39 organisaties een al dan niet uniforme of registratie uitvoeren. We gingen daarnaast na of de medewerkers ook gezondheids- of woonproblemen detecteren (39/55).

**2. Stellen deze medewerkers tijdens een huisbezoek soms vast dat er zich *gezondheids- of woonproblemen* voordoen ?**

Registratie van deze problemen komt vaak voor (71% van de organisaties). We illustreren dit met een aantal voorbeelden van zulke registraties.

*Kind en Gezin* gebruikt een uniform elektronisch registratiesysteem (IKAROS) (Figuur 1). Daarin kan bij het onderdeel “socio-economische situatie” ‘Huisvesting’ als 1 van de kansarmoedecriteria aangeduid worden. Als criterium geldt voor Huisvesting: verkrotte, ongezonde en/of onveilige woning; te klein en/of te weinig nutsvoorzieningen.

The screenshot shows the 'IKAROS versie 2 - Regio KORTRIJK - Onderweg ...' application window. The 'Kinddossier' (Child File) is open for a child named 'TEST' with birth date '18-02-2006' and birth place 'KORTRIJK'. The 'Kenmerk' (Characteristic) tab is active, showing a 'Speciaal kenmerk' (Special characteristic) section and a 'Zorgverleningstoestand' (Care provision status) section. The 'Socio-economische situatie' (Socio-economic situation) section includes checkboxes for 'Beschikbaar maandinkomen', 'Opleiding ouders', 'Arbeidssituatie ouders', 'Laag stimulatie niveau', 'Huisvesting', and 'Gezondheid'. The 'Specifieke Situatie' (Specific Situation) section includes checkboxes for 'Prematuriteit', 'Overleden', 'PPS reden', 'Precaire verblijfssituatie', 'Meerling', 'Adoptie', and 'Med. reden'. The 'Diagnose Multidisc. Teams (KM)' section shows 'Status schaal POS' as 'Geen'. The 'Door arts vastgestelde handicap' (Disability determined by doctor) section is empty. The 'Samenwerking' (Cooperation) section shows 'Begeleid wonen' (Supported housing) as 'Geen'. The 'Motivat en info' (Motivation and information) section is empty. The bottom status bar indicates 'Record: 1/1'.

**Figuur 1 Kind en Gezin Ikaros registratie**

Ook bij de organisatie ‘*De Voorzorg, Afdeling Thuishulp*’ maakt men gebruik van een registratieformulier (Figuur 2). Dit fungeert als middel om na te gaan of de woning een veilige omgeving is voor het personeel van deze organisatie. In dit formulier wordt gepeild naar het woningtype, de aangepastheid van de woning, de onderhoudstoestand (is de woning goed onderhouden), het voorkomen van ongedierte, toestand van sanitair, toilet, verwarming, brandstof en huisdieren.

17

Brandstof
1 Gas

**Persoonlijke gegevens**

2	Mazout/ petroleum
3	Kolen/ hout
4	Elektriciteit
Huisdieren	
0	Geen
1	Gekoooid geen probleem
2	Loslopend geen probleem
3	Gekoooid problematisch
4	Loslopend problematische hygiëne
5	Loslopend problematische veiligheid

**Figuur 2 Socmut, de Voorzorg Registratie**

Vaak geven de organisaties aan dat intern overleg en samenwerkingsverbanden met andere organisaties een belangrijke determinant is van het opzetten van succesvolle acties. In het kader van deze communicatie worden vaak formulieren gehanteerd. In de *stad Oostende* beschikken de basiswerkers van de politie en welzijnswerkers over een registratieformulier dat ze kunnen doorgeven aan de dienst huisvesting (Figuur 3):

Naam:..... Voornaam: ..... Huidig adres: ..... Telefoonnummer: ..... Geboortedatum: .....
<b>Gegevens gezin</b>
Gehuwd: ..... Aantal kinderen: ..... Heeft iemand uit het gezin een handicap: .....
<b>Gegevens inkomen</b>
Inkomen: ..... Schuldbemiddeling? ..... Mutualiteit: ..... Welk OCMW + maatsch. werker? ..... Gegevens OCMW: .....
<b>Gegevens woning</b>
Reden van verhuizen? ..... Hoeveel huur kan men betalen? ..... Is de waarborg een probleem? ..... Hoeveel kamers zijn er nodig? ..... Toestand huidige woning? .....

**Figuur 3 Stad Oostende, Registratie**

Er wordt echter aangegeven dat de registratie vaak een grotere werklast betekent. Een uniforme registratie laat ook geen individuele interpretatie meer toe. De problemen worden wel vaker gemeld aan de verantwoordelijke die correct kan doorverwijzen.

**Vraag 5** van de vragenlijst tenslotte, peilt of de werknemers in de organisaties voldoende zijn opgeleid om de detectie- en rapporteringsfunctie ivm wonen en gezondheid op te nemen (**zie**

**ook tabel 2).** Een aantal organisaties (7) voorzien zelf in een opleiding voor hun medewerkers wat betreft dit thema. Het gaat hierbij om Solidariteit voor het Gezin (cfr. project Valpreventie voor verpleegkundigen), de Medisch Milieukundigen (intensieve opleiding bij aanvang functie), de Woondienst van de Stad Antwerpen (on-the-job training), de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (interne opleidingen sociale dienst), Kind en Gezin (inleidingscursus), Dienst huisvesting Stad Oostende (opleiding Vlaamse Wooncode) en de Mutualité Saint-Michel (formations Mutualité Chrétienne). Enkele organisaties stellen het belang van bijkomende opleiding in vraag: Eén van de respondenten schreef o.a. : “Je moet niet van elke basiswerker een expert maken”. Deze uitspraak is uiteraard niet representatief voor alle organisaties. Anderen opteren voor een “korte infosessie” met de belangrijkste aandachtspunten of een training over specifieke technische aspecten van huisvestingsproblemen.

## ***2. Goede praktijken***

### *2.1 Doelstelling*

De doelstelling van dit onderzoeksgedeelte is het inventariseren van ‘good practices’ omtrent de manier waarop de sectoren Huisvesting en Gezondheidszorg in binnen–en buitenland over individuele patiënten/cliënten communiceren. **Alle ‘goede praktijken’ die in dit hoofdstuk aan bod komen, worden gedetailleerd beschreven in bijlage 2.** Informatie over de aard, doelstellingen, resultaten en contactpersonen betreffende deze goede praktijken is daarbij opgenomen.

### *2.2 Methodologie*

Voor het opsporen van goede praktijken werden verschillende methoden aangewend. Allereerst werden een aantal persoonlijke contacten van medewerkers van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg elektronisch gecontacteerd:

- Prof. dr. Anders Barheim (Universiteit Bergen, Noorwegen)
- Prof. dr. Marianne Samuelson (Universiteit Caen, Frankrijk)
- Dr. Iona Heath (University of Waterloo - Groot-Britannië)
- Prof. dr. Wendy Sword (McMaster University - Canada)
- Dr. Walter Déville (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - Nederland)

Verder werd ook een systematic search op internet (de databanken Pubmed en Sociological Abstracts) uitgevoerd waarbij volgende Mesh terms werden gebruikt: Health, Health Status Indicators, Community Health Planning, Health Services Indigenous, Community Health Services, Environmental Health, Urban Health Services, Suburban Health Services, Housing, Public Housing, Health Personnel, Attitude of Health Personnel, Caregivers en Professional-Patient Relations. Dit resulteerde in 121 artikels. Slechts een beperkt aantal recente artikels werd van deze selectie op basis van relevantie weerhouden. Deze zijn opgenomen in de bibliografie. Ook stelden we onze vraag via de LISTSERV van de International Association of Urban Health.

## 2.3 Resultaten

Wat betreft **Noorwegen**, meldde prof. dr. A. Barheim van de University of Bergen dat de samenwerking tussen de huisvestings- en gezondheidszorgsector in de dagelijkse praktijk weinig aandacht krijgt en geen prioritair aandachtspunt is voor het beleid.

Dit in tegenstelling tot **Nederland** waar wel veel aandacht uitgaat naar deze problematiek. Zo is 'Binnenhuismilieu' één van de belangrijke aandachtspunten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

([http://www.rivm.nl/vtv/object\\_class/kom\\_binnenhuismilieu.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_binnenhuismilieu.html)).

Het versturen van onze zoekvraag naar goede praktijken via de LISTSERV van de International Association of Urban Health leverde enkele interessante projecten vanop het Noord-Amerikaanse continent op. (2 projecten uit **Canada** en 6 uit de **VS**).

Tenslotte beschrijven we nog enkele initiatieven in België en Nederland.

Het CAISI-project (*Client Access to Integrated Services and Information*) werd opgezet in Toronto (Canada) en is een elektronisch informatiesysteem dat de integratie van zorg tussen organisaties – op het individueel en populatieniveau – wil faciliteren. Dit instrument wordt gebruikt voor de populatiedoelgroep van de daklozen. Op het niveau van het individu wordt het systeem gehanteerd voor het zoeken van de juiste dienstverlening en plaatsing van de daklozen. Op die manier helpt het systeem wachtlijsten weg te werken. Via het informatiesysteem kunnen hulpverleners de juiste organisatie contacteren wanneer ze op zoek zijn naar bv. een plaats om te overnachten. Op populatieniveau levert het systeem gegevens aan overheden die op hun beurt aanpassingen in het zorgaanbod voor daklozen bewerkstelligen.

'*The mental health/outreach team*' (Health and Social Supports Branch Community Services Department City of Hamilton) is gevestigd in Ontario, Canada. Het gaat om een reddingsteam dat zijn diensten aanbiedt aan daklozen, drugsverslaafden en psychisch zieken met als doel hen in contact te brengen met gezondheidszorg, huisvesting en sociale diensten. Het gaat om een multidisciplinair team van verpleegkundigen, sociaal werkers, medewerkers huisvesting, medewerkers kind en gezin, etc... Ook verscheidene organisaties participeren binnen dit project, waaronder huisvestingsmaatschappijen, zorginstellingen,... Belangrijk is de nadruk op de multi- en transdisciplinaire werking.

Het '*Minnesota Visiting Nurse Agency*' uit Minneapolis, Minnesota (USA) heeft een gelijkaardige procedure als het eerder beschreven registratieformulier van Voorzorg – Thuishulp (supra). Binnen dit project wordt echter nog een stap verder gegaan door o.m. ook lood- en schimmelgevaar in de woning te bevragen. Indien problemen worden gedetecteerd,



signaleert de verpleegkundige dit aan de bevoegde autoriteiten zoals bv. de huisvestingsinspectie.

Het *'Breath Easy at Home Referral System'* uit Boston (USA), is een samenwerking tussen publieke en private partners waarbij men tracht om astmaproblemen tegen te gaan door de communicatie tussen de hulpverlenende organisaties te verbeteren. Zo kunnen artsen, verpleegkundigen en andere professionelen via een informatiesysteem inbreuken op de wooncode, die verband houden met de toestand waarin de patiënt zich bevindt, aangeven. Ook blijven deze professionelen via het systeem steeds op de hoogte van de toestand van de gerapporteerde situatie.

*Housing and Health in Auckland*, Auckland Regional Public Health Service, New Zealand is een rapport met de bedoeling om gezondheid en huisvesting op de beleidsagenda te zetten. Het is specifiek gericht naar organisaties in het veld en overheden en wil bestaande kennis omtrent gezondheid en wonen inventariseren, tekortkomingen identificeren en innovaties tonen. Het rapport vindt u op [http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy\\_Housing.asp](http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy_Housing.asp).

*The Seattle-King County Health Homes Project*, van het Department Public Health, Seattle and King County, USA. De bedoeling van dit project is een geïntegreerde dienstverlening te implementeren om de kwaliteit van het binnenhuismilieu te verbeteren voor kinderen met astma uit de laagste socio-economische klassen. Men hanteert een geïntegreerde aanpak om contact met astma 'triggers' te vermijden. Er werden at random 274 kinderen met astma geselecteerd uit de laagste socio-economische klassen (leeftijd 4-12). Dit resulteerde in een daling van de symptomen van astma bij de kinderen, naast een verbetering van de dienstverlening en het gebruik ervan.

*Healthy Homes Initiative Washington, (USA)*. In 1999 besliste het Department of Housing and Urban Development, Washington om een 'Gezond Wonen Initiatief' op te starten dat kinderen zou beschermen tegen huisvestingsproblemen die verantwoordelijk zijn voor vele ziektes en blessures. Initieel startte dit initiatief dus met een actie omtrent de preventie van loodvergiftiging. Verder hielp het de activiteiten van de gemeenten en steden omtrent dit thema te coördineren. Ook opleiding van professionelen werd voorzien. Wanneer dit in een stad of gemeente een geslaagde operatie bleek, werd er een vooruitgang geboekt op het vlak van de hulp- en dienstverlening ten aanzichte van loodvergiftiging bij kinderen.

*Het Philadelphia Lead Abatement Strike Team*, Philadelphia Department of Public Health, USA. LAST werd ontwikkeld in 2002 om meer structuur te brengen in werken met kinderen met verhoogde loodconcentraties in het bloed. In de eerste twee jaren van het project werden

834 nieuwe thuissituaties geïdentificeerd. Dit leidde tot 1.5 miljoen dollar in incentives. Er werd daarnaast ook een speciale rechtbank opgericht tegen eigenaars van woningen die een inbreuk pleegden op de preventiewetten betreffende loodvergiftiging.

*Development National Healthy Homes Training Center and Network*, gevestigd in Columbia, USA, traint en onderricht milieu-, gezondheidszorg-, en huisvestingsprofessionelen in de discipline van 'Gezond Wonen'. In 2005 trainde NCHH bijna 200 hulpverleners. Er werd een 'gezond wonen' video opgenomen, naast een Healthy Homes Clearinghouse voor online informatie. In 2006 werd ook een online-training ontwikkeld.

*Praktische handleiding bij het Binnenhuisbesluit (MMK Vlaanderen)*. Deze handleiding geeft een toelichting voor welke gezondheidsproblemen gerelateerd aan de huisvesting (cfr. het Binnenmilieu) u bij de medisch milieudeskundigen (MMK) of bij de Vlaamse gezondheidsinspectie (ToVo) terecht kan. Het besluit ondersteunt de professionelen in de sectoren Gezondheid, Welzijn en Huisvesting om deze gerelateerde gezondheidsproblemen adequater te kunnen behandelen.

*Website Kenniscentrum Grote Steden (Nederland)*. De website heeft twee belangrijke eigenschappen. Ten eerste kan men als gebruiker advies vragen aan een team van experts met een gegarandeerd antwoord binnen de 48 uur. Ten tweede vindt men op de website ook een databank in het teken van 'knowledge management': alle mogelijke instrumenten, 'good practices' en onderzoek aangaande Grootstedenbeleid zijn aanwezig. Het Kenniscentrum Grote Steden heeft naast deze website nog 10 andere websites gemaakt in het kader van het European Urban Knowledge Network.

*Website NIGZ Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen.(Nederland)* SLAG is al sinds de oprichting in 2001 bezig met de ondersteuning van lokale gezondheidsprofessionals, namelijk bij de lokale aanpak van gezondheidsverschillen. Traditionele voorlichtingsprogramma's zijn er niet in geslaagd gezondheidsverschillen terug te dringen. Dit is een interventie volgens de 'community benadering', waarin een lokale, wijkgerichte en intersectorale aanpak centraal staat. Lokale gezondheidsbevordering in het algemeen is effectiever gebleken dan landelijke gezondheidsbevordering en daarom gaat sinds 2004 het hele NIGZ 'lokaal'.

*Habitools (België)*. Het is een verzamelwerk van een 107 instrumenten gerelateerd aan opleiding mbt. huisvesting. Het gaat om een samenwerking tussen 28 organisaties in de huisvestingssector. Hierbij gaat het bv. ook om instrumenten die bijdragen tot de bekendmaking van huisvestingsthematieken. Deze helpen huisvestingsproblemen op de agenda te zetten. (cfr. video's, brochures, etc.) <http://www.habitools.org/>

*Brussels Observatorium voor Welzijn en Gezondheid.(België)* Deze wetenschappelijke overheidsinstelling heeft zich onderzoeksmatig gespecialiseerd in de banden tussen de WIV-gezondheidsenquête en de Socio-economische enquête (2001). Daarnaast is er ook onderzoek verricht naar het verband tussen het artsenberoep en het milieu.

### ***3. Rondetafelgesprekken***

#### ***3.1 Doelstelling***

Het doel van dit onderzoeksgedeelte is het peilen naar de attitude van hulpverleners t.o.v. de ontwikkeling van een instrument dat de relatie tussen huisvesting en gezondheid beter en efficiënter aanpakt. Verder willen we nagaan welke essentiële voorwaarden en mogelijke barrières zij identificeren.

#### ***3.2 Methodologie***

Hiertoe werden **9 rondetafelgesprekken** georganiseerd: 5 Nederlandstalige en 4 Franstalige gesprekken. Elk rondetafelgesprek werd voorafgegaan door een plenaire sessie waarin het project en het doel van de rondetafelgesprekken werd gepresenteerd. Nadien vond een plenaire sessie plaats waarop de resultaten werden gepresenteerd en getoetst. De rondetafelgesprekken werden geleid door een moderator die aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 4) het gesprek stuurt. We streefden naar een dynamisch gesprek tussen de deelnemers over de knelpunten en mogelijke voorstellen binnen de respectievelijke sectoren rondom de thematiek Gezondheid en Wonen. Voor de Nederlandstalige gesprekken waren de moderators Dr. Marc Cosyns (Ugent), Dr. Veerle Piessens (Ugent), Dhr. Tomas Mainil (Ugent), Mevr. Leen De Roo (Ugent) en Mevr. Leen Gyssels (WGC Brugse Poort). Voor de Franstalige gesprekken waren dit Guy Lebeer (ULB), Pascale Jonckheer (ULB), Catherine Bouland (IBGE) en Sabine Amato (Cel Grootstedenbeleid).

Mogelijke participanten werden geïdentificeerd in samenspraak met de Cel Grootstedenbeleid: 24 participanten uit de huisvestingssector, 29 uit de gezondheidszorgsector en 31 uit de welzijnssector. Zij ontvingen een uitnodiging via e-mail en werden 1 week op voorhand telefonisch herinnerd aan de uitnodiging. Uiteindelijk namen op 23 mei 49 participanten deel aan de Nederlandstalige gesprekken en op 30 mei 35 participanten aan de Franstalige gesprekken. Alle participanten gaven een schriftelijke informed consent voor deelname aan het onderzoek. De gesprekken werden geregistreerd aan de hand van audio-apparatuur en uitgetikt. De transcripten werden handmatig geanalyseerd door 1 van de onderzoekers (T M).

### 3.3 Resultaten

We rapporteren de bevindingen van de rondetafelgesprekken volgens de thema's zoals ze werden opgesomd in de gebruikte topiclijst. In een eerste gedeelte (3.3) rapporteren we de elementen waarover in de Nederlandstalige en de Franstalige gesprekken consensus bestond. In een tweede gedeelte (3.4) rapporteren we de elementen waarover de Nederlandstalige en Franstalige participanten verschilden van mening.

#### **Detectie**

Gezondheids- en woonproblemen worden gedetecteerd door diensten uit verschillende sectoren.

De politie (Cfr. stad Gent) voert een **uitgesproken beleid naar detectie** van ongezonde woningen:

*'De wijkdienst is een koepelorganisatie van verschillende commissariaten in het Gentse, waar ongeveer 300 politieagenten woningen bezoeken om problemen op te lossen rond gezondheid en alles wat met de woning te maken heeft.'*

Toch geeft men aan dat ook de politie niet altijd het verband legt tussen gezondheid en wonen. Dit is niet altijd even evident:

*'Ad-hoc zal een politieman niet altijd een link leggen tussen de toestand van de woning, de sociale toestand en de gezondheid van de bewoner.'*

In de huisvestingssector geeft men aan dat de daar toegepaste **wooncode** reeds aandacht besteedt aan ongezonde woningen. Er bestaan reeds criteria om aan detectie te doen:

*'Enerzijds moet je dus minimale gezondheidsnormen bepalen – er zijn er 9 in het Waalse Gewest - en een procedure invoeren om de gezondheidsproblemen te controleren en te noteren.'*

Ook vanuit de thuiszorg is het **contact met de cliënt** altijd zeer groot geweest. Detectie is hier bijna vanzelfsprekend. Toch zegt men dat je als professioneel niet altijd over de juiste invalshoek beschikt om detectie uit te voeren:

*'Ze hebben altijd een zeer grote detectie gedaan, waarbij de mensen steeds kijken wat is de gezondheidstoestand van de cliënt, sommige mensen zien het wel, maar kunnen het niet met het juiste begrippenkader.'*

Men legt de nadruk op **de rol van de overheid** in het aanpakken van problemen rond gezondheid en wonen:

*‘Maar met detectiesystemen ben je niets, er moeten oplossingen komen, dat is een uitdaging voor de overheid.’*

Het **tijdstip van de detectie** is niet altijd op het juiste ogenblik gepland. Dit is een zeer belangrijk aandachtspunt. Wanneer men op het juiste ogenblik reageert, verkrijgt men de beste resultaten:

*‘Het jammere van de zaak is echter dat de wijkagent gaat wanneer iemand verhuist is, en dat bv. bij een lek de volgende huurder of eigenaar daar de dupe van is, als men verhuurt zou men eerst een toelating moeten vragen, een controle moeten gebeuren en dat dan de overheid zegt ok, maar nu gaat men omgekeerd te werk.’*

Bij organisaties in Maldegem en Gent is er reeds sprake van een **registratieformulier** dat men hanteert bij de detectie. Dit is een vorm van procedure die bv. in de toekomst kan geuniformiseerd worden.

*‘In Gent krijgt de wijkagent een lijstje mee, ‘overlopen en bekijken’, indien er iets aanwezig is, wordt dit doorgegeven aan de dienst.’*

*‘Ik moest de verpleegkundigen sensibiliseren, ik heb een checklist opgemaakt, kijk naar algemeen comfort, is er toilet, stromend water, badkamer, wordt die gebruikt, is er een slaappleaats wordt die gebruikt, voldoende verlucht, met keuken en veiligheid’*

We zien ook dat bv. de huisvestingssector reeds **standaarden** en procedures ontwikkelde om om met woonproblematieken om te gaan:

*‘Wij doen woningkwaliteit-onderzoek. Drie ploegen worden geconfronteerd met huisvestingsproblemen. 1. technische mensen, woningonderzoek, 2. medewerkers die installaties nakijken op CO-vergiftiging 3. woonbegeleiders, maatschappelijk werkers die mensen begeleiden naar betere woning, deze hebben contact met de welzijnssector. Wanneer 2. en 3. detecteren, dan 1. inzetten.’*

Dit in tegenstelling tot andere sectoren (sectoren Gezondheidszorg en Welzijn). Zij hebben niet altijd de mogelijkheid om de woning te inspecteren en het verband te maken tussen wonen en gezondheid:

*‘Ik denk dat qua detectiesystemen voor de sociale diensten van de ocmw’s weinig bestaat, wel een sociaal onderzoek of die persoon recht heeft op een leefloon, maar de sociaal assistent kan niet de ‘tour van het huis’ doen.’*

Sommige organisaties zijn zich bewust van de problemen, maar kunnen niet alle aandacht vestigen op Gezondheid en Wonen. Het maakt deel uit van hun takenpakket, maar is **geen prioriteit**.

*‘Op het niveau van ONE is het waar dat er huisbezoeken worden gedaan door medisch-sociale werkers, maar ze bezitten geen mandaat om problemen te detecteren, enkel gelieerd aan het milieu.’*

Toch is het niet alleen de professioneel die moet gesensibiliseerd worden. Ook **de bewoner** zelf moet men overtuigen: het probleem situeert zich dus zowel aan de vraag- als aanbodzijde:

*‘Eigenlijk zou er daar iets aan gedaan moeten worden: hoe kun je feitelijk mensen overtuigen om er iets aan te doen.’*

Tenslotte verwijst men naar Brussel: daar is ‘**de Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling**’ werkzaam, beter bekend als de ‘Ambulance Verte’. Hier wordt op vraag van de arts een multi-disciplinaire ploeg naar de woning gestuurd om onderzoek uit te voeren. Een zeer doeltreffend systeem. Er zijn echter een aantal pijnpunten aan verbonden: het gebeurt enkel op vraag van de arts en het systeem is zeer duur. De arts doet de eerste detectie, de ambulance verte voert een secundaire detectie uit. Soms is het **de burger zelf** die de arts aanstuurt om een onderzoek aan te bevelen:

*‘Bij ons is het net het omgekeerde : patiënten die hun arts aanspreken om een interventie aan te vragen naar ons toe om een rapport te verkrijgen dat de toestand bewijst.’*

We kunnen stellen dat er zowel in de sectoren Huisvesting, Gezondheidszorg en Welzijn wordt gedetecteerd. Alleen gebeurt dit in elke sector binnen de eigen context van de hulpverlening. Bij de huisvestingssector staat de ongezonde woning **hoog op de agenda**. Getuige daarvan zijn de reeds bestaande gestructureerde wooncodes. Een **samenspel tussen deze sectoren** in de detectie van problemen rond gezondheid en wonen zou al een hele stap vooruit betekenen. Tenslotte mag ook de burger als detectiepartner zeker niet vergeten worden.

## Rapportage

Professionelen werken steeds binnen hun eigen ‘**core-business**’. Al wat daarnaast valt, vergt extra inzet en energie:

*‘De mensen die huisbezoeken uitvoeren: wat komen ze daar doen, ze hebben een core-business, dat is het belangrijkste vandaar dat dus protocolaire afspraken moeten beperkt zijn, een basisinformatie registreren, de verantwoordelijkheid van de overheid die registratie voorstaat of er iets mee gebeurt ligt dan bij die overheid. Als niet de administratie er iets mee doet dan gebeurt er niks, men moet dus rapporteren.’*

Er zijn wel degelijk organisaties waar men rapporteert en waar **protocolen** bestaan om daar mee om te gaan.

*‘Bestaat er een protocol, een procedure die gevolgd moet worden om problemen te detecteren? Ja, voor lood, klimaat, vochtigheid, muren, opsporing van schimmel, opsporing van mijtachtigen.’*

*‘Als we in die gevallen de verontreinigende stoffen identificeren, wordt er een verslag opgesteld en naar de arts gestuurd. Het is dus een verzoek van de arts, want de resultaten worden alleen naar hem teruggestuurd, maar we kunnen het met de patiënt bespreken en nagaan of hij wil dat we het dossier doorgeven aan de huisvestingsmaatschappij of andere gespecialiseerde diensten.’*

Dit is echter geen algemene trend. Vele organisaties geven blijk van **weinig structuur** op dit vlak. Het **informele** wordt opnieuw aangehaald.

*‘Er is geen protocol !’*

Sommige organisaties geven aan dat ze aan rapportage doen binnen een **kettingproces** van hulp- en zorgverleners:

*‘En daar heeft de buurtinspecteur, de taak om een lijstje te vormen van de mankementen, allemaal dingen die vrij logisch zijn, en zo’n formulier komt dan bij een andere partner, die dan op zijn manier als een ketting begint te werken, het OCMW werkt ook zo.’*

Dit proces moet anderzijds zo kort mogelijk gehouden worden om de burger snel en adequaat bij te staan.

Rapportage hangt uiteraard samen met detectie. Indien men op het ogenblik van de detectie een <b>registratieformulier</b> of een checklist invult, is dit reeds een eerste stap van de rapportage. Toch moeten is het voor organisaties niet altijd even makkelijk is om zulke
--



registratie en rapportage uit te voeren: ze dienen namelijk eerst hun hoofdtak uit te voeren. We voegen er nog aan toe dat **protocollen en structuren** voor rapportage ten aanzichte van wonen en gezondheid zeker kunnen gecreëerd worden. In sommige gespecialiseerde organisaties bestaan ze reeds. Deze instrumenten kunnen een bijdrage leveren tot meer inzicht in de problematiek.

### **Doorverwijzing**

In Vlaanderen wordt er doorverwezen. Zo bestaan er bv. de **Medisch Milieukundigen** die reeds borg staan als meld- en doorverwijspunt.

*‘Het is wel zo dat de hulpverleners eerst contact opnemen met de medisch milieukundige en dat wij contact opnemen met de gezondheidsinspectie.’*

Echter deze Medisch Milieukundigen, hebben het niet altijd even éénvoudig, de rol van de bewoner speelt hier opnieuw mee:

*‘Wij worden geraadpleegd door ocmw’s, gemeenten, verpleegkundigen om advies te geven. Wij maken daarbij onderscheid tussen ongezonde woningen en vervuilde woningen: woningen die perfect in orde zijn, maar door het gedrag van de bewoners vuil zijn, naar vervuilde woningen: als ze niemand anders daar mee lastig vallen, dan mogen ze zo leven, naar ongezonde woningen geven wij advies, maar het gaat dan vaak om huurderconflicten, of huurders die op die manier een nieuwe sociale woning krijgen, of mensen die geestelijke gezondheidzorg nodig hebben, als het een sociale achtergrond heeft, dan betrekken we de sociaal assistente van het ocmw er wel bij, maar het blijft een moeilijk punt.’*

Om als organisatie door te verwijzen, moet men **kennis hebben van het werkveld**. Men hoort te weten naar wie men kan verwijzen. **Netwerken** zijn daarom uitermate belangrijk. Toch geven nog een groot aantal professionelen aan dat ze **niet steeds weten naar waar te verwijzen**.

*‘Ik merk het dagelijks maar aan wie moet ik het kwijt.’*

*‘Het probleem is dat die mensen niet weten waar ze naar toe moeten en wij vaak ook niet.’*

*‘Alles wordt zo gespreid. Wie heeft er echt contact met de Stichting tegen Kanker ? Wie heeft er contact met het Fonds des Affections Respiratoires (FARES) ? Niemand. Of de stichting tegen allergie ? Ze doen enorm veel, maar je gaat er pas naar toe als je ermee geconfronteerd wordt.’*

*‘En iedereen werkt een beetje in zijn hoekje.’*

*‘Er bestaat geen procedure die zegt: Er werd een probleem gedetecteerd, doe dit of dat, stuur het systematisch terug naar die instelling.’*

*‘Als hulpverlener kan je ook in een moeilijk parket komen door verschillende sporen te volgen.’*

In de huisvestingssector wordt gewerkt met een **doorverwijssysteem**, waar een heel aantal organisaties op intekenden. Dit is vanzelfsprekend geen systeem dat op dit ogenblik functioneert voor de relatie tussen gezondheid en wonen. Er wordt zelfs aangegeven dat in deze werkwijze heel **weinig gezondheidszorgorganisaties vertegenwoordigd** zijn, wat als pijnpunt kan gezien worden:

*‘Wij hebben een systeem van collectieve abonnementen bij organisaties, waar dat organisaties die lid zijn, mensen met een doorverwijsbrief kunnen doorverwijzen. Voor Oost-Vlaanderen zijn dat toch een 160-180 organisaties, waaronder ocmw’s, scholen, vakbonden, diensten huisvesting. Organisaties rond gezondheidszorg zijn daar heel weinig in vertegenwoordigd: in Gent bijvoorbeeld, verder een klein aantal ziekenhuizen, zeer weinig, dat ontbreekt daar quasi. Het is een systeem met doorverwijsbrieven, de personen die zij doorverwijzen worden gratis lid gemaakt, als de organisatie voor haar doorverwijsbrieven heeft betaald, dan krijgt de organisatie ook een terugkoppeling van het advies dat gegeven is. Een probleem dat er was: de personen van de organisatie kunnen contact opnemen met de persoon die bij ons advies heeft gevraagd, maar dat is enkel en alleen voor een huurbetwisting, een conflict met verhuurder of met administratieve procedures, een ongeschikt/onbewoonbaarverklaring.’*

Tenslotte doet men een aantal voorstellen om een **doorverwijssysteem** te organiseren. Het gaat daarbij om het aanbrengen van structuur en het standaardiseren.

*‘In het centralisatiesysteem kun je ook vermelden wie de referentiepersoon was op sociaal of gezondheidsgebied, wie de laatste referentiepersoon was in het dossier.’*

*‘Het zou echter veel interessanter zijn als er een meer gestandaardiseerde, geformaliseerde netwerkvorming zou zijn tussen de medisch-sociale deskundigen en deze overheidsapparaten.’*

Het is duidelijk dat er in Vlaanderen (voor Wallonië en Brussel zie verder) **mogelijkheden** bestaan **om door te verwijzen** (cfr. de Medisch Milieukundigen). Echter niet alle organisaties zijn hiervan op de hoogte. Er is een gebrek aan informatie en sensibilisering. Ook organisaties zoals de Ambulances Vertes (CRIPI/SAMI) en de MMK’s zijn onvoldoende gekend als organisaties om naar door te verwijzen. Eén van de aandachtspunten voor het te

ontwikkelen instrument zou dus zeker een doorverwijzings- en informatiestrategie moeten zijn.

## Registratie

Ten overstaande van een registratie zijn de **meningen verdeeld**. Sommigen geven aan dat een vorm van registratie kan bijdragen tot een bewuster omgaan met problemen rond gezondheid en wonen:

*‘De cijfers gaan natuurlijk helpen om dingen te forceren’*

*‘Men zou mensen kunnen wakker maken’*

*‘Ik denk moest er een soort info komen, dat zou de druk op de ketel verhogen om structurele maatregelen te pakken.’*

*‘Als alle verslagen gecentraliseerd worden, dan krijgen we er toch een zicht op.’*

*‘Dit is standaardisatie: je gaat via een instelling of instrument dat alle huisvestingsgegevens centraliseert en het mogelijk maakt om meer structurele oplossingen te geven voor een probleem in plaats van een individueel antwoord te geven.’*

Anderzijds heeft men gemengde gevoelens over een **vorm van registratie**. Ook de vraag of zo’n registratie uniform moet zijn, speelt daarin mee. Er bestaat een zekere **behoudsgezindheid** bij de professionelen.

*‘Je moet er toch mee oppassen, als je registreert: een politieagent of een ziekenfonds is een totaal andere core-business. Moet iedereen dan van eenzelfde registratiedocument gebruik maken? Ik ben daar niet zo zeker van. Ik heb daar een beetje schrik voor’*

*‘Iedereen zal zeggen: we zijn voorstander van een gezamenlijke registratie op te zetten, en dan moet de overheid dat maar regelen en dan zien we maar wat er van komt, daar heb ik schrik voor. Ik ben zeker voor, maar ik vraag ook voorzichtigheid en goed onderzoek voor dat je zegt dat is de weg. Met betrokkenheid van alle spelers. Ik ben niet overtuigd van een uniform systeem omdat je met zoveel invalshoeken zit.’*

Tenslotte zijn er reeds organisaties die enige vorm van registratie uitvoeren. Ze zijn echter schaars. Daarenboven werken ze niet altijd rond gezondheid en wonen.

*‘In Oost-vlaanderen (huurdersbond) werken wij wel met een uniform registratieformulier, met persoonsgegevens, gegevens rond klachten, en advies, maar rond gezondheid niet. Dat wordt niet geregistreerd, mensen kunnen daar spontaan wel iets rond zeggen.’*

*‘Bij het centrum duurzame ontwikkeling hebben we een instrument voor beleidsmakers en beleid: de stadsmonitor.’*

*‘Ik weet dat in sommige CPAS in Liège er een interne fiche bestaat voor woonproblemen.’*

*‘Er bestaat bij ons (thuiszorg) vanuit het perspectief van de werknemer een registratie: namelijk om prijs te bepalen van dienst voor gezinszorg.’*

Belangrijk is dat er zowel **voor- als tegenstanders** zijn van een registratie. Het ontwerp van zulke registratie is daarom cruciaal. Als er reeds registraties bestaan, dan zijn ze niet gericht op de relatie tussen gezondheid en wonen. **Registratie** zou bijvoorbeeld kunnen **gecentraliseerd** worden. Naast informatie en doorverwijzing zou ook **registratie** een **onderdeel** kunnen zijn van het te beogen **instrument**.

### **Samenwerking en informatie**

**Samenwerking** wordt gezien als een middel tot een meer efficiënte werking. Er worden dan ook allereerst enkele voorbeelden gegeven.

*‘Zo’n formulier komt dan bij een andere partner, die dan op zijn manier als een ketting begint te werken, het OCMW werkt ook zo, er zijn een aantal partners.’*

*‘Van het moment dat er zulke complexe zaken zijn, wordt er ook teamoverleg georganiseerd’*

Ten tweede stelt men een aantal mogelijkheden voor om tot een betere samenwerking te komen.

*‘Er moet gewoon gedacht worden aan informatieverbreiding, aan meer mensen die er al zijn, nog meer mogelijkheden gaan geven.’*

*‘Een eerste stap zou kunnen zijn dat de huisvestingsverantwoordelijken participeren aan de Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg(SIT), daar een structurele plaats krijgen.’*

Tenslotte worden een aantal **probleempunten** aangegeven:

*‘Ik ben grote voorstander van netwerken, maar groot probleem dat hier meespeelt: hoe worden de verenigingen gefinancierd, iedereen moet zijn doelstellingen halen tegen het einde van het jaar, daar hangt een deel subsidies van af, die organisaties zijn enorm*

*geducht om op mekaars terrein te komen, want dan pikken ze elkaars subsidie af, want dat speelt mee of ze al dan niet een groot netwerk uitbouwen.'*

*'Lokaal sociaal beleid, het is wel een belangrijke problematiek dat deze op het globaal Vlaamse niveau wordt opgenomen, dat alle procedures hetzelfde zijn want het is onzettende moeilijk om als grote dienst in verschillende diensten andere procedures en draaiboeken te hanteren, dus dicht bij mensen maar wel een aantal standaarden en afspraken die op decretaal niveau worden vastgelegd, wel boven-lokaal.'*

*'Is er geen samenwerking tussen gemeenten ? Nee, iedereen heeft krappe middelen.'*

Er kan ook een gebrek aan informatie optreden. Dit kan gelden **voor professionals**, net als **voor cliënten/patiënten**.

*'Er is vooral een gebrek aan informatie.'*

*'Ik weet het niet, voor burenruzies bestaan er ook bemiddelingsdiensten. Je moet echt proberen de mensen zoveel mogelijk te sensibiliseren en te informeren over het enorme netwerk van organisaties die elkaar niet kennen. Je moet echt proberen informatie te geven.'*

Er zijn echter wel organisaties die informatie aanbieden. Eén geschikte vorm daarvoor is het maken van **een brochure**.

*'Wij gaan ook een soort van brochure samenstellen over mentale gezondheid/gezondheid van de woning die uitgedeeld kan worden aan de ocmw's en allerhande organisaties.'*

De wijze waarop actoren (cfr. organisaties en overheden) georganiseerd zijn, maakt dat een **gratis samenwerking** of een volledig doorzichtige informatieverstrekking soms **onmogelijk** is. Toch is men bereid om stappen te zetten, zoals blijkt uit de gesprekken. Samenwerking kan uitmonden in een **integrale, trans-disciplinaire benadering** waarin alle partners bijdragen tot een procesbehandeling van de situatie waarin de cliënt/patiënt zich bevindt. Binnen de gezondheidszorg geven we het voorbeeld van de '**Ketenzorg**' (Sluijs, 1999). Wanneer we spreken over gezondheid en wonen, dan wil dit zeggen dat je minstens drie sectoren daarbij hoort te betrekken: de Welzijns-, Gezondheidszorg- en Huisvestingssector. Dit vergt een transdisciplinaire aanpak. Wederzijdse informatie is daarvoor een prioritaire voorwaarde. Eén van de mogelijke doelstellingen van het te ontwikkelen instrument.

## Meldpunt

Vele professionelen vragen zich af hoe zo'n meldpunt eruit moet zien. Sommigen hebben problemen met de kern van zo'n meldpunt, namelijk het 'melden' zelf. Want als je iets meldt, los je de problemen nog niet op:

*'Het probleem is dat als je een centraal meldpunt hebt dan weet je het. Dan moet er nog iets mee gebeuren. Wie gaat er dan voor zorgen dat er iets mee gebeurt. Het probleem is complexer dan gewoon de woning, we zien ook dat, in achtergestelde buurten, dat lawaai, geur, verkeershinder tot 20 % erger is. Wat op zich wel kan lijden tot ziektes, verslechtering van psychische ziektes en dergelijke meer. Dat probleem is complexer dan te zeggen dat er een paar ongezonde woningen zijn en we moeten ons daartoe richten.'*

Ook de sector Huisvesting heeft te kampen met krappe middelen. De **situatie van de sociale woningen** is algemeen gekend. Een andere organisatie formuleerde het daarom als volgt:

*'Wat wil men met zo'n centraal meldpunt ? Gegevensverzameling, daar zijn de mensen niet mee geholpen. Ga je daarentegen verder, dan zal het al een serieuze dienst moeten zijn om aan die behoefte te voldoen, men kan dan oplossingen aanreiken. Maar vooral de betaalbaarheid van die oplossingen zal een punt zijn. Dus een mogelijkheid: dat er dan ook andere woningen zijn waar men kan leven.'*

Anderen geven aan dat ze het niet als oplossingspunt maar als **infopunt** zien, waar je als professioneel informatie kunt verkrijgen.

*'Maar als voor dat meldpunt geen structurele oplossing geboden wordt, het zou meer een infopunt kunnen zijn dat de mensen weten waar naartoe, maar niet louter melden, een soort van e-loket of digitaal loket voor mensen van welzijn en huisvesting.'*

*'Men heeft een organisme nodig dat oproepen kan ontvangen 24/24h of zeker tijdens de werkuren. Een groen nummer: er is een probleem, wat te doen? Wie bellen ? Tot wie zich richten ?'*

Eén rondetafelgesprek vat de kenmerken van een meldpunt als volgt samen:

*'Snelle opvolging, duidelijk toegankelijk, probleemoplossend, geen grote administratie, operationeel gegeven geen statistisch gegeven, ingebed in bestaande diensten, tenzij een uniek niveau dat alle bevoegdheden krijgt.'*

Iemand merkt op dat centralisatie gevaren inhoudt voor de **toegankelijkheid**:

*'Waarom centraliseren ? Centralisatie houdt gevaren in voor de toegankelijkheid.'*

Men vindt ook dat centralisatie aanleiding geeft tot vertragingen in de hulp- en zorgverlening. Burgers zitten op dit ogenblik in een ongezonde woning en moeten **snel en efficiënt** kunnen geholpen worden.

*‘Je moet ook denken aan twee dingen wanneer je spreekt over centralisatie. Meestal neemt de centralisatie van gegevens veel tijd in beslag. De mensen hebben vaak geen tijd. Als men een jaar moet wachten op een antwoord...Dat gaat toch een beetje te ver.’*

Alleen het melden van problemen rond gezondheid en wonen, daar heeft men in de sectoren Gezondheidszorg, Huisvesting en Welzijn geen boodschap aan. Men is op zoek naar **reële oplossingen**. Een centraal meldpunt hoeft ook op geen goedkeuring te rekenen. Eerder ziet men het **regionaal**. Een meldpunt met een **draaischijffunctie**, dat alle partners verzamelt en oplossingsgericht reageert. Belangrijke elementen waar we rekening mee moeten houden. Men hoedt zich echter voor centrale oplossingen. Een pro-actief praktijkinstrument behoort meer tot de mogelijkheden.

### **Diverse Actoren**

Bij de **ocmw's** worden specifieke methodes gehanteerd. Verschillende professionelen kunnen op hun ronde bij cliënten/patiënten hun observaties neerschrijven in een **dagboekje**. Dit geeft reeds aanleiding tot reflectie.

*‘We zijn bezig met het uitwerken van een dagboekje voor alle kwetsbare personen, met andere woorden zodra er verschillende interveniënten in het dagboekje staan. Ik denk dat dit een uiterst kostbaar hulpmiddel is waarin alle interveniënten zich kunnen uitdrukken. Het is niet duur en wordt achtergelaten in de woning van de persoon.’*

Zoals reeds vermeld is de **lokale politie** een belangrijke actor op het vlak van wonen en/of gezondheid. Zij komen in direct contact met de burger en zijn huisvesting. In Gent mondt dit uit in een gespecialiseerde wijkdienst:

*‘Het is eigenlijk een koepelorganisatie van verschillende commissariaten in het Gentse, waar ongeveer 300 politieagenten woningen bezoeken om problemen op te lossen rond gezondheid en alles wat met de woning te maken heeft.’*

Ook de **thuiszorg** doet in grote mate huisbezoeken bij de burger. Naast verzorgenden zijn er de maatschappelijk werkers en indicatiestellers die daar ingezet worden:

*‘We hebben enerzijds een groep maatschappelijk werkers, die meestal op vraag van de mensen op huisbezoek gaan, de ene keer is dat voor begeleiding de andere keer is dat voor adviserende informatie.’*

*‘Een tweede groep mensen zijn wat wij onze indicatiestellers noemen maar ook gericht op mensen die thuis verblijven en die een zorgbehoefte moeten vaststellen en die een stuk een signaalfunctie naar de andere groep hebben: er is meer aan de hand dan een indicatie stellen.’*

Op een andere niveau situeren zich de **Medisch Milieukundigen**. Zij fungeren reeds als een soort meldpunt - verbonden aan de LOGO's - voor vele professionele organisaties. Zij zijn bij uitstek reeds bezig met Gezondheid en Wonen.

*‘Het feit dat we juist bezig zijn met de relatie tussen milieu en gezondheid (...) willen wij proberen ook alle andere instanties informatie te geven, dat het toch wel een belangrijke relatie is. Wij zijn met z'n 14 in Vlaanderen en wij hebben de opdracht gekregen, zo lokaal mogelijk te werken.’*

Maar ook andere professionelen komen in contact met de relatie gezondheid en wonen. Zo is de wijze waarop **architecten** een woning construeren ontegensprekelijk verbonden met de gezondheidstoestand van de bewoners. Een slecht geïnstalleerde of geconstrueerde woning kan bijvoorbeeld aanleiding geven tot schimmelvorming:

*‘Als voorbeeld de CO vergiftigingen: tegenwoordig vragen wij aan de sociale woningen om warm water toestellen, in een gesloten ruimte te voorzien zodat de lucht die verbrand wordt van buiten aangetrokken wordt en ook naar buiten terug gaat zonder dat er een verbranding van lucht van binnenin gevraagd wordt. Er wordt zuurstof van buiten toegetrokken.’*

*‘Dan de schimmels, dat is een probleem dat bijna recht evenredig is met de prijs van de brandstof in veel gevallen, omdat dat licht aan de fysieke constructie van de woningen, waar dus koude bruggen voorzien zijn, dus betonbalken die tegen de gevel staan.’*

Het onderhoud van huishoudtoestellen moet dus ten allen tijde bewaakt worden. De vraag blijft echter wie hier voor moet instaan.

Vanzelfsprekend is ook de **huisvestingssector** een belangrijke actor. Zij gaan reeds zeer **systematisch** te werk. Een multi-disciplinair team staat in voor een goede opvolging van huisvestingsproblemen gerelateerd aan de woning:



*‘Wij onderzoeken de woningkwaliteit, drie ploegen kunnen worden geconfronteerd met huisvestingsproblemen 1. technische mensen, zij doen aan woononderzoek, 2. anderen die installaties nakijken op CO-vergiftiging en tenslotte 3. woonbegeleiders, maatschappelijk werkers die mensen begeleiden naar betere woning. Zij hebben ook contact met de welzijnssector. Wanneer 2. en 3. detecteren, dan 1. inzetten.’*

Tenslotte zijn er ook organisaties actief die huisbezoeken niet als hoofddoel hebben. Zij geven bijvoorbeeld **advies** of doen **studiewerk** in verband met gezondheid en wonen. Een voorbeeld hiervan is het Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM). Op een ander beleidsniveau bevindt zich het Vlaams Instituut voor Bio-Ecologisch Wonen (VIBE).

*‘Wij doen ook geen huisbezoeken, wel geven wij bouwadvies voor verbouwen en bouwen, kijken naar vocht schimmels, we gaan ook beginnen met meetdienst voor CO2 etc. Wij gaan dan op tocht met mensen die erom vragen.’*

*‘We doen nu ook een studie voor BIM. Als mensen geen ventilatiesysteem hebben, hoe ze kunnen verluchten (microventilatie). Het is op zoek gaan naar consensus voor tips van experts.’*

Het is duidelijk dat vele organisaties **uit verschillende hoeken** (Gezondheidszorg, Welzijn, Huisvesting, etc.) opereren binnen het werkveld van Gezondheid en Wonen. De organisaties lijken doorgaans zowel aspecten over gezondheid als aspecten over wonen mee op te nemen in hun werking. Een meer **doorgedreven samenwerking** tussen deze organisaties behoort tot de opties. Samenwerking en transdisciplinariteit zijn elementen bij de ontwikkeling van een instrument.

## Opleiding

Allereerst verwijst men in de rondetafelgesprekken niet enkel naar het belang van de basisopleidingen of bijscholingen. Maar ook naar de nood aan een **continu bewustmakingsproces** van de beleidsmakers, burgers en professionelen.

*‘Parce qu’ils ont un effet d’entraînement. Il y a un effet d’entraînement, il y a un effet dans l’éducation sanitaire pour ceux qui connaissent, ce qu’on appelle l’information par les pairs. L’effet d’entraînement, ça existe dans l’éducation pour la santé. (...) Moi je trouve que ça vaut la peine de faire les choses avec les gens. Et d’essayer de susciter comme ça des actions collectives politiques locales.’*

In de **basisopleidingen** blijkt er weinig aandacht te gaan naar een specifieke ‘module’ rond gezondheid en wonen:

*‘Bij de Karel de Grote Hogeschool voor maatschappelijk assistenten, deel van sociaal-economische richting: dit zit niet in de curricula ‘beleid over wonen’.’*

*‘In de Universiteit Antwerpen, zit er geen verplichte cursus.’*

*‘Het zit zelfs niet in opleiding architecten, we worden opgeleid om mooie gebouwen te maken.’*

*‘Bij ons als verpleegkundigen ook niet, en wij moeten dat toch kunnen opmerken, en als er een link is met de woontoestand, dat zouden wij ook moeten kunnen zien en aanvoelen om te kunnen doorgeven.’*

Wat **bijscholing**en betreft worden meer initiatieven genomen. Echter, deze initiatieven focussen zich vaak niet louter op gezondheid en wonen.

*‘Wij hebben een vorming gegeven over huisvesting aan alle ‘ocmw-consulenten’, dat zijn er 280 (5 namiddagen), ook voor mensen van huisvesting en huisvestingsmaatschappijen, over alle aspecten van huisvesting, en die vorming willen we ook geven (achterstand) aan de thuissector.’*

*‘Ja, bij ons worden opleidingen gegeven, rond CO wordt campagne gedaan, alle werknemers in onze thuiszorg worden daarin betrokken bv. voor het Vlaams Fonds: gehandicapten, die een campagne doen rond valpreventie. Opleidingen voor verpleegkundigen rond hygiëne; voor verzorgenden, aandacht rond hygiëne, daarnaast ook herhalingscursussen.’*

Tenslotte laat men weten dat er wel aandacht bestaat voor de problematiek en nood aan informatie. Dit vertaalt zich in de **organisatie van studiedagen en congressen**.

*‘Elk jaar houden we voordrachten over ventilatie, woningen, vochtproblemen in het algemeen, schimmel. Alles op gewestelijk niveau wordt behandeld. In feite de 3 gewesten. Dit zou verplicht moeten worden.’*

Vele gesprekspartners geven te kennen dat **opleiding** rond gezondheid en wonen zeker een **noodzaak** is. Dit gebeurt nu hoofdzakelijk via bijscholing, ‘on the job training’ of congressen en studiedagen. De relatie tussen Gezondheid en Wonen is echter zo fundamenteel dat ook de basisopleidingen dit thema zouden moeten behandelen. De basisopleidingen voor verpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers, architecten,... zouden hier moeten op inspelen. Deze opleidingen zouden moeten aansturen op een continu bewustmakingsproces.

## **Knelpunten**

Wat zijn problemen die zich in de praktijk voordoen aangaande wonen en gezondheid ? Hoe voelen de professionals deze knelpunten aan ? We geven enkele voorbeelden uit de rondetafelgesprekken.

Een eerste belangrijk knelpunt: de **financiële aspecten**. Wanneer de eigenaar na een renovatie de huurprijs verhoogt, kunnen sommige huurders deze prijs niet meer betalen. Verschillende gesprekspartners signaleren deze problematiek. Er is daarenboven ook sprake van een tekort aan sociale woningen.

*‘Zolang het woningtekort niet opgelost wordt, zullen er altijd mensen zijn die zeggen : “Ik betaal liever 400€ in dit krot dat niet aan alle voorwaarden voldoet dan de deur uit gezet te worden omdat ik geen 500€ kan betalen”. Zelfs de sociale interveniënten hebben hier begrip voor en hebben moeite om de onbewoonbaarheid te melden.’*

*‘Maar het belangrijkste knelpunt is geld, de financiële kant van de zaak. Dat lijkt me evident. Ongeacht of je verpleegster, maatschappelijk werker of arts bent, je zult waarschijnlijk nooit een situatie melden waarbij de mensen op straat zullen terechtkomen en geen andere woonst hebben.’*

Sommige gesprekspartners geven aan dat problemen ivm. huisvesting vaak **structurele problemen** zijn. **Eigenaars** van woningen spelen daar een rol in. Daarbij hoort ook nog de wet van de vrije markt. Sommige huurders kunnen de maandelijkse kosten niet meer aan.

*‘Want nu worden de eigenaars verplicht om hun woning te renoveren, waardoor de huurprijzen automatisch gaan stijgen. Waarbij men weer een aantal mensen krijgt, onderaan de sociale ladder, die dit niet meer kunnen betalen.’*

Daarenboven spelen deze **huurders ook een rol**.

*‘Het feit dat we altijd de toestemming, de medewerking moeten hebben van de mensen in de slechte woningen. Kan je daar ook op werken ? Want sommigen zeggen gewoon, we willen het niet zien, want ze hebben schrik voor de gevolgen. Want er kan wel veel gemeld worden maar wat dan ? Ik denk dat het dat vooral is, de schrik voor de gevolgen.’*

Op het beleidsniveau valt deze problematiek onder twee bevoegdheden, nl. op het **Vlaamse** en op het **Federale niveau**:

*‘Dat is het probleem ook, de koppeling prijs/kwaliteit, het ene is federaal het andere is Vlaams. (...) Dus het federaal is verantwoordelijk voor de huurprijzen en het Vlaamse is verantwoordelijk voor kwaliteitsbeleid.’*

Daarnaast zijn niet alle professionelen even goed geïnformeerd. Een mogelijkheid is professionelen bij elkaar te brengen:

*‘Wij hebben al sensibiliseringscampagnes gedaan in Vlaams Brabant waar we iedereen rond de tafel kregen, brandweer, ocmw,... die mensen weten niet dat er normen bestaan waaraan een huis moet voldoen, er is een gebrek aan kennis, dat een aantal dingen niet functioneren.’*

Ook twijfelt men aan de positie van de arts als eerstelijnswerker voor wat de problematiek rond gezondheid en wonen betreft. Hij/zij kan zeker niet alle woonruimtes inspecteren op **de korte tijd van een huisbezoek**. Andere eerstelijnswerkers zijn daar beter voor geplaatst.

*‘Maar wat de haalbaarheid betreft. Kan de behandelende arts de tijd nemen om het huis te inspecteren en na te gaan wat er in de badkamer, in de kelder of op zolder gebeurt?’*

*‘Ik denk dat we dan misschien gewoon een niveau lager moeten gaan en bijvoorbeeld een beroep moeten doen op de thuisverpleegsters. Zij hebben een nauwere band met deze patiënten.’*

Tenslotte heeft ook de ‘**Ambulance Verte**’ te kampen met **problemen**. Zo zijn er verschillende ‘Ambulances Vertes’. Deze functioneren allen naargelang de middelen die ze krijgen. Deze middelen zijn niet overal even ruim bemeten.

*‘Het zou al heel wat zijn als alle ‘ambulances vertes’ op dezelfde manier zouden werken. Is dat niet het geval? Neen. En dat alles gestandaardiseerd wordt. En dat kan op dit ogenblik niet overwogen worden? Neen, niet op dit ogenblik. Er is een probleem met het kostenplaatje. Ah, de kosten? Ah ja, naar gelang van de provincie krijgt de ene meer dan de andere en kan de ene dus meer analyses uitvoeren dan de andere.’*

Een laatste belangrijk knelpunt betreft de **ethische aspecten**. Ook voor de organisatie van een meldpunt of een instrument is dit een belangrijk aandachtspunt. Hoe ver mag je als professional of organisatie gaan?

*‘Er zijn verschillende beroepsgroepen, maar deze hebben ook (verschillende) deontologische codes waar je op stoot. Daarnaast heb je het informed consent principe. Ook naar een meldpunt toe moet je daar rekening mee houden (Cfr. wet op de privacy, deontologische code, informed consent)’*

Structurele problemen op de sociale en private woningmarkt: deze zijn ontegensprekelijk verbonden met gezondheid en wonen. Daarbij is het voldoende vrijmaken van middelen voor sociale woningbouw een belangrijke te nemen actie. Verder zijn huurders en eigenaars van woningen zeer belangrijke actoren. Vooral huurders hebben het soms moeilijk om in hun situatie bijkomende financiële middelen vrij te maken, indien door renovatie de huurprijs wordt opgetrokken. Ze zijn bijgevolg ook soms terughoudend om woonproblemen te rapporteren. De realiteit en de problematiek van **verschillende beleidsniveaus** en bevoegdheden is al langer bekend. Er is meer informatie en sensibilisering nodig, zowel voor de burger als voor de professionele organisaties. In het algemeen hebben professionelen niet altijd de tijd om tijdens hun huisbezoek de nodige observaties te doen. Tenslotte zal men voor de ontwikkeling van een instrument rekening moeten houden met **‘informed consent’**, de wet op de privacy en **deontologische codes**.

### Voorstellen

Sommige gesprekspartners hebben voorstellen gedaan om beter in te spelen op de relatie tussen gezondheid en wonen. Een eerste voorstel betreft **het tijdstip van controle van de woning**. Op dit moment gebeurt dit niet of op een verkeerd ogenblik.

*‘Ik heb het eerder voor zijn voorstel waarbij pas als men een huis gaat verhuren, moet men het eerst laten inspecteren. Dan zou je dat in principe wel kunnen laten doen door de eigenaar.’*

Eigenaars van woningen zouden **minimumcriteria** moeten opgelegd worden. Echter het beleid krijgt er moeilijk vat op.

*‘Elke woning moet gewoon aan minimum criteria voldoen. Anders krijg je ook het gevaar van: de inspectie zegt dat ik hier een gezonde woning heb, ik ga dan mijn prijs opslaan, en dat is niet de bedoeling.’*

Iemand uit de huisvestingssector liet ons weten dat er reeds voorbeelden bestaan in het buitenland van een **energiepas**. Woningen moeten daar aan voldoen. Zou dit ook niet mogelijk zijn voor gezondheid en wonen ?

*‘In Europa is men daar nu mee bezig. Binnenkort gaan woningen op energievlak gelabelled worden. Wij pleiten ervoor een gebouwenpas te hebben voor elk gebouw (Cfr. Oostenrijk, Zwitserland) waarin alle aspecten van een gebouw (gezondheid, CO, energie) vervat zitten. Die energiepase zou een financiële impact hebben op uw woning. Dus als je een slechte woning verkoopt, gaat je dit voelen of beloond worden.’*

Daarenboven kan men door de laatste **bewoners** van een woning een **vragenlijst** laten invullen over hun gezondheid. Dit geeft reeds een indicatie in relatie tot de kwaliteit en de staat van de woning.

*‘Ik vraag me ook af of er eventueel een probleem is wanneer een bewoner zijn woning verlaat, maar dan hebben we te maken met het medisch geheim. Toch zou het interessant zijn om bij het verlaten van de woning te vragen: “Hebt u herhaaldelijk problemen gehad met bepaalde ziekten in deze woning ? Hebben uw kinderen of u gezondheidsproblemen gehad ?’*

Het is niet altijd even makkelijk om bij bewoners te komen controleren. Bewoners zijn gesteld op hun **privacy**, wat een basisrecht is en moeten toestemming geven. Dit stelt eisen aan de competenties van de hulpverleners die aan huis gaan.

*‘Je moet in feite mensen hebben die in de woning komen zonder dat er externe druk is’*

Als een woning bv. onbewoonbaar wordt verklaard, kan de bewoner er vaak niet blijven wonen. Die moet dan op zoek naar een andere woonst. Net als in andere steden heeft de stad Gent daarvoor **‘noodwoningen’**. Een efficiënte tijdelijke oplossing.

*‘Ocmw gent heeft 24 noodwoningen, van de huisvestingsmaatschappij en van de stad. Wij zijn nu aan het onderhandelen voor meer noodwoningen die de stad kan geven aan het Ocmw voor huisjesmelkerij aan te pakken.’*

Verder is men gewonnen voor meer **netwerkvorming** in de aanpak van de gezondheids- en woonproblemen.

*‘Het zou echter veel interessanter zijn als er een meer gestandaardiseerde, geformaliseerde netwerkvorming zou zijn tussen de medisch-sociale deskundigen en deze overheidsapparaten.’*

*‘En dan is het goed om nummers bij de hand te hebben of genoeg netwerken te kennen die kunnen zeggen wat je kunt doen’*

In dit kader bestaat er reeds een initiatief (reeds aangehaald in de Nederlandstalige rondetafelgesprekken) **‘Habitoools’** is een inventarisatie van bestaande organisaties die werken rond gezondheid en wonen, dat hierbij een tool kan zijn bij deze netwerkvorming.

*‘Vorige week en de week daarvoor was er een colloquium van Habitoools. Een initiatief om de mensen in netwerk te plaatsen en hun complementariteiten duidelijk te maken.’*

Men is voor de uitbreiding van de reeds bestaande structuren i.e. de Ambulances Vertes. Echter, een verdere **standaardisering** van dit initiatief is wenselijk volgens de gesprekspartners.

*‘We hebben de ‘ambulances vertes’ die de gegevens noteren. Zij maken al bijzonder interessante verslagen. Dit zou gestandaardiseerd moeten kunnen worden.’*

Problemen rond gezondheid en wonen zijn zeer complex. Daarom zijn gestructureerde en doordachte strategieën nodig om daarop te reageren. De hulpverlener die controleert moet voldoende competent zijn. Daarnaast moet ook een nazorg worden aangeboden (Cfr. **noodwoningen**). Het idee om eigenaars financieel te belonen of te straffen (Cfr. **energiepas/gebouwenpas**), kan voor ‘incentives’ zorgen. Dit dient echter beleidsmatig vertaald te worden. Ook sprak men veel over de ‘**Ambulances Vertes**’, een structuur die uitgebreid en verfijnd zou kunnen worden. Trans-disciplinariteit wordt een voorwaarde voor de ontwikkeling van een instrument voor gezondheids- en woonproblemen.

### **Huisvestingsgeneeskunde**

De medisch milieukundigen geven aan dat ze voor de **arts** een meer centrale rol zien. Hij/zij zou hen kunnen ondersteunen.

*‘Het principe dat een arts zich inderdaad kan specialiseren. Bv. als er problemen door hulpverleners worden gemeld dat hij er dan weg mee kan. Dat kan zeker uitgebreid worden. En ook naar metingen toe en dergelijke. Nu zijn we met z’n veertien voor heel Vlaanderen. Metingen in Vlaanderen zijn niet mogelijk door een huisarts.’*

Maar een aantal deelnemers worden **afgeschrikt** door de **noodzakelijke specialisatie** die daar voor nodig is.

*‘Ofwel wordt de arts die gespecialiseerd is in huisvestingsgeneeskunde een superarts en zal iedereen naar hem gaan, ofwel, en dat zal volgens mij eerder gebeuren, zal de arts geen dossier willen toevertrouwen aan een potentiële concurrent.’*

*‘Ik zie niet goed in wat een superspecialist nog meer kan bijdragen.’*

Wel geven de medisch milieudeskundigen aan dat huisartsen zich nog meer **bewust worden van hun taak** naar gezondheid en wonen toe.

*‘Maar de huisartsen zijn nog te weinig geïnformeerd, gesensibiliseerd, en ook andere disciplines zijn te weinig op de hoogte. En ja, ik denk toch dat de sensibilisatie en informatie naar de huisartsen zeer belangrijk is.’*

Men ziet ook **‘ad hoc trainingen’** - in de Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) - voor artsen als mogelijke actie.

*‘Kan dit niet gebeuren via de opleidingen door de SSMG ?  
Zeker, dat lijkt me doeltreffender.’*

Is een nieuwe huisvestingsgeneeskunde nodig als nieuwe structuur? Weinige gesprekspartners voelden zich geroepen om daar positief op te antwoorden. Eerder kiest men voor een **toetreding en participatie van de arts** in de huidige structuren zoals de MMK's. Voor problemen rond gezondheid en wonen is voor de (huis)arts zeker een belangrijke taak en verantwoordelijkheid weggelegd. De (huis)arts moet dus geplaatst worden binnen het te ontwikkelen instrument. Dit is een pleidooi voor meer doorgedreven samenwerking tussen de sectoren.

### **Huisvestingsinspectie**

De professionelen uit onze gesprekken staan in voor de dagelijkse praktijk aangaande Gezondheidszorg, Welzijn of Huisvesting. Hun eerste bekommernis is de cliënt/patiënt. Dit wordt ook duidelijk uit de houding tegenover een huisvestingsinspectie:

*‘Wie wordt daar dan de dupe van, de bewoner, wat als je huis onbewoonbaar is, wat doen ze dan met u (...).’*

*‘Want vaak is het probleem dat mensen geen betere woning kunnen betalen, en dat ze aan dezelfde prijs geen betere woning vinden. Daar draait het om. De hulpverleners hebben dikwijls wel een zicht op het feit dat de woning slecht is, maar wat zijn de mogelijkheden.’*

Anderen vragen zich af **wie** er dan deel moet uitmaken van zo'n huisvestingsinspectie. Er zijn verschillende niveau's.

*‘Er is een verschil tussen beoordeling van bewoners, professionelen of experts. Waaruit bestaat dan die huisvestingsinspectie? Een beoordeling v.d. bewoners, een beoordeling van de hulpverleners en dan nog een keer een beoordeling v.d. experts. Wat willen we precies met die huisvestingsinspectie? Dat zijn drie verschillende inkijken!’*



Het probleem ligt onder andere ook bij de **eigenaar** van de woning. Hij/zij is vrij om te handelen met betrekking tot het eigendomsrecht.

*‘Als je nu eigenaar bent van een woning, kun je ermee doen wat je wilt. Dus als de persoon geen vragende partij is...’*

Daarnaast moet beslist worden welke professionelen deel uit zullen maken van deze inspectie (met elk hun eigen **deontologische** en **ethische codes**). Op geaggregeerd niveau speelt het **eigenaarssyndicaat** een rol. Zij zijn tegen elke vorm van controle. Een automobielininspectie is iets helemaal anders dan een huisvestingsinspectie, zo blijkt:

*‘Maar het is een markt en ik denk dat er een verschil is tussen een auto en een woning. Een auto is een consumptieartikel waarvan men zonder probleem eigenaar is. Een woning daarentegen is een economische inzet verbonden aan een systeem, namelijk een verhouding eigenaar/ huurder waarbij de bezitter in onze samenleving altijd de bovenhand heeft. Dat is volgens mij het grote knelpunt. Het eigenaarssyndicaat en bepaalde politieke partijen zijn tegen huisvestingsinspecties.’*

Tenslotte signaleert men dat een huisvestingsinspectie volgens het principe van een automobielininspectie het **creëren van een nieuwe structuur** is. Dit stuit op weerstand bij professionelen:

*‘Ik denk dat zo’n inspectie iets nieuws creëren is. Er zijn op dit moment genoeg veldwerkers. Er moet gewoon gedacht worden aan informatieverspreiding, aan meer mensen die er al zijn, nog meer mogelijkheden gaan geven.’*

Het idee van een nieuwe huisvestingsinspectie met belangrijke bevoegdheden komt **ongelegen**. Omwille van **structurele tekort** aan middelen en mogelijkheden vanwege de professionelen om cliënten/patiënten te kunnen helpen. Eerder zou de overheid de bestaande diensten meer moeten ondersteunen.

### *3.4 Aspecten waarin de Nederlandstalige en Franstalige respondenten van elkaar verschillen*

In dit deel willen we aangeven welke accenten er typisch zijn voor de Nederlandstalige en Franstalige gesprekken. In de marge tonen we ook waar ze in overeenstemmen.

#### **Detectie**

Zowel Franstalige als Nederlandstalige respondenten rapporteren en detecteren. Op het vlak van Gezondheid en Wonen bestaat er in Vlaanderen de functie van de **Medisch Milieukundigen**. Zij fungeren als een meldpunt voor de professionelen en zijn werkzaam op het niveau van de LOGO's. In Brussel en Wallonië valt het initiatief op van de '**Ambulance Verte**'. Zij detecteren reeds gezondheidsproblemen gelieerd aan de kwaliteit van de woning. Echter, zowel de MMK's als de 'Ambulance Verte' komen slechts in een bepaalde regio voor. Ze zijn het resultaat van een eigen beleidsmatige aanpak. In het algemeen is de detectie niet altijd gericht op gezondheid en wonen. Men blijft zich beperken tot de eigen sector.

#### **Rapportage**

Vanuit de Nederlandstalige rondetafelgesprekken staat men **kritischer tegenover rapportage**. Aan wie moet men rapporteren ? Doet deze persoon of instantie er daadwerkelijk iets mee ? Men heeft twijfels. De rondetafelgesprekken zijn echter geen representatieve steekproef. We mogen daarom niet veralgemenen.

In de Franstalige rondetafelgesprekken is men **positiever**. Men geeft aan dat er reeds rapportage gebeurt (Cfr. de rapportage van de Ambulance Verte aan de huisarts). Ook de noodzaak ervan wordt aangegeven in de gesprekken.

#### **Doorverwijzing**

Zowel in Frans- als Nederlandstalige rondetafelgesprekken komt naar boven dat men niet weet naar welke organisaties te verwijzen. Men is niet op de hoogte van wat er bestaat in het zeer gedifferentieerde werkveld. In Vlaanderen bestaat de mogelijkheid om door te verwijzen naar de Medisch Milieukundigen. Deze zijn echter niet door iedere actor gekend.

#### **Registratie**

Sommige gesprekspartners zijn ervan overtuigd dat registratie nuttig kan zijn om beleid mogelijk te maken en te sturen. Op dit ogenblik zijn er geen rechtstreekse voorbeelden van registratie ten aanzichte van gezondheid en wonen. In beperkte mate bestaat er registratie enkel rond gezondheid, enkel rond wonen of enkel rond welzijn (Cfr. Dagelijkse Praktijk, hoofdstuk 1). **Registratie** is dus op dit ogenblik erg **sectorgebonden**. Anderzijds is niet

iedereen overtuigd van een registratie. Het houdt medewerkers tegen om aan actieve hulpverlening te doen. Voor- en tegenstanders van een registratie vonden we zowel in de Nederlandstalige als Franstalige gesprekken.

### **Samenwerking en informatie**

Samenwerking is nuttig maar houdt ook gevaren in. Concurrerende organisaties en hulpverleners stoten sowieso op **grenzen inzake deze samenwerking**. Toch staat men er voor open. Informatie en sensibilisering van alle actoren is hierbij een voorwaarde. Meer samenwerking tussen de betrokken sectoren kan leiden tot betere resultaten. Meer nog, in de Franstalige gesprekken wordt er voor samenwerking gepleit.

### **Meldpunt**

Tijdens het Nederlandstalige rondetafelgesprekken staat men veel kritischer tegenover een meldpunt dat louter het signaleren en inventariseren van de problemen zou behandelen. Het moet een **oplossingsgericht** instrument zijn, dat regionaal/lokaal georiënteerd is.

Tijdens de Franstalige rondetafelgesprekken blijft men genuanceerder. Men laat de keuze tussen een **beleidsinstrument** (centraal en gegevensverzameling) en **praktijkinstrument** (decentraal en pro-actieve hulpverlening).

### **Diverse actoren**

In Vlaanderen vallen de Medisch Milieukundigen op, een niveau dat niet waargenomen wordt in Wallonië en Brussel. Daarnaast valt ook de **Gentse politiedienst** op die actief bezig is met de ‘ongezonde woning’. Vanuit het **VIBE** (Vlaams Instituut voor Bio-Ecologisch Bouwen) sensibiliseert men de bouwsector voor de relatie tussen gezondheid en wonen.

Langs Waalse zijde benadrukt men vooral de beperkte aandacht voor deze aspecten in de **bouwsector**.

In Brussel valt vooral het **BIM** (Brussels Instituut voor Milieubeheer) op dat actief participeert aan het debat over milieu en gezondheid.

### **Opleiding**

Gezondheid en Wonen is een zeer belangrijk domein, waarover weinig specifieke opleiding over bestaat, zowel op het vlak van bijscholingen als van basisopleidingen. Er is **nood aan een educatief initiatief** ten aanzichte van deze problematiek. Er worden reeds aanzetten gegeven tot sensibilisatie rond Gezondheid en Wonen door het opzetten van campagnes en organiseren van studiedagen. Het mag niet beperkt blijven tot deze initiatieven. Opname van deze thematiek in de opleidingen kan zorgen voor een groter bewustzijn bij professionelen en

burgers. Op de Franstalige gesprekken kwam dit thema meer voor dan op de Nederlandstalige gesprekken.

### **Knelpunten**

De Nederlandstalige participanten benadrukken dat veel problemen en vertragingen worden veroorzaakt door het feit dat Huisvesting, Gezondheid en Welzijn tot **de bevoegdheid van verschillende beleidsniveaus en ministeries behoren**.

Bij de ontwikkeling van een instrument dient bijzondere aandacht gegeven te worden aan de bescherming van de **individuele privacy**. De participanten verwijzen in dit kader eveneens naar de **deontologische codes** van de verschillende hulpverstrekkers: laat de deontologische code van bv. een huisarts toe dat hij/zij deze informatie doorspeelt naar een dergelijk meldpunt?

De Franstalige participanten twijfelen of de **(huis)arts** de meest uitgelezen hulpverlener is om problemen i.v.m. huisvesting of gezondheidsproblemen gerelateerd aan woonkwaliteit te detecteren en signaleren. Tijdens deze gesprekken werd nadruk gelegd op de bijdrage die vb. verpleegkundigen of maatschappelijk werkers in dit kader kunnen leveren. In de Nederlandstalige gesprekken stond men meer open voor de rol van de huisarts, naast andere hulpverleners.

Algemeen wordt verwezen naar de structurele problemen die eigen zijn aan de huisvestingsmarkt. Ten eerste zijn er **niet voldoende sociale woningen**. Verder zijn er de **financiële implicaties** voor de huurder en eigenaar, in het teken van de renovatie van de woning. Zowel in Vlaanderen, Brussel als Wallonië wordt men er mee geconfronteerd.

### **Voorstellen**

Allereerst zouden er naast de ontwikkeling van een instrument ook nog **andere maatregelen en acties** kunnen genomen worden volgens de gesprekspartners. Deze maatregelen weerspiegelen de problemen waarmee organisaties dagelijks mee geconfronteerd worden.

Zo geven de Nederlandstalige gesprekspartners drie belangrijke elementen aan.

Allereerst duiden ze aan dat men de **woningen** zou moeten controleren vooraleer nieuwe huurders of eigenaars de woning betrekken. Nu komt bv. de agent langs voor de vaststelling van een nieuwe woonst/verblijfplaats. Dit zou in de toekomst anders kunnen. Alleen moet men dan rekening houden met de basisrechten van de eigenaar.

Ten tweede, wanneer burgers uit hun woning moeten (renovatie/onbewoonbaarverklaring), moet men **noodwoningen** ter beschikking hebben. Deze zouden kunnen voorzien worden door de steden, ocmw's of huisvestingsmaatschappijen. Zeker voor steden kan gestreefd worden naar dit soort oplossingen.

Tenslotte maakt men in het buitenland (Cfr. Duitsland/Oostenrijk) reeds gebruik van een **systeem van labels voor gebouwen** die aan bepaalde vereisten voldoen. Ook het Europees beleid wil een energiepas voor gebouwen ontwikkelen (Europese Gemeenschap, 1998-2002). Voor woningen die een label dragen, kan men 'incentives' voorzien. We denken hierbij aan een systeem van gunstige tarieven voor het kadastraal inkomen. Andere woningen worden zo gepenaliseerd.

De Franstalige repondenten stellen voor om huurders of eigenaars die de woning verlaten, **een vragenlijst** in te laten vullen aangaande gezondheid en wonen. Op die manier krijgt men reeds een indicatie van de toestand van de woning (Cfr. gezondheid van de kinderen).

Tenslotte wordt in Wallonië en Brussel ook de '**Ambulance Verte**' als mogelijke oplossing gezien. Het systeem, eigen aan de 'Ambulance Verte' zou kunnen geuniformiseerd en gestandaardiseerd worden. Men zal op dat ogenblik wel rekening moeten houden met de huidige tekortkomingen van het systeem.

Daarnaast wordt **netwerkvorming** (Cfr. trans-disciplinariteit) ook als oplossing voor de behandeling van gezondheids- en woonproblemen aangegeven. Op dit vlak is zeker nog verbetering mogelijk tussen de sectoren Welzijn, Gezondheidszorg en Huisvesting.

Dit element van netwerkvorming wordt zeer belangrijk als we denken in '**schakels**'. Elke hulpverlener betekent een schakel in de hulpverlening van de cliënt. Een belangrijke vraag die we daar dan bij moeten stellen: "welke actie willen we dat er ondernomen wordt wanneer één of andere hulpverlener een probleem ivm woning of woning-gezondheid gedetecteerd? En hoe kan een nieuw instrument in deze procedure / opeenvolging van stappen ondersteunen?" Een hulpverlener zal nooit mogen signaliseren zonder toestemming van de bewoner, ook al heeft deze hulpverlener de beste intenties (= een oplossing zoeken). En dit omwille van de deontologische code of van de privacy. M.a.w. een louter meldpunt is geen realistische optie. Enkel wanneer dit meldpunt een meerwaarde kan bieden in het oplossen van deze problemen heeft het zin van bestaan. Het kan pas een meerwaarde bieden in het vinden van oplossingen wanneer ze de bestaande processen van doorverwijzing, samenwerking tussen diensten, ... meer efficiënt maakt.

### **Huisvestingsgeneeskunde**

Een huisvestingsgeneeskunde zou betekenen dat de resp. artsen de **specifieke invloed van huisvestingsfactoren op gezondheid** gaan meten. Deze artsen kunnen ingeschakeld worden wanneer andere hulpverleners aangeven dat huisvestingsfactoren de gezondheidssituatie van de cliënt beïnvloeden. Dit voorstel wordt **in de rondetafelgesprekken niet ondersteund**. Men is wel voor de bewustmaking en de uitbreiding van het takenpakket van de (huis)arts. Daarnaast kan meer doorgedreven samenwerking van de bestaande partners ook al voor oplossingen zorgen. Zuiver representatief zijn de gesprekken echter niet, we mogen dus niet veralgemenen.

### **Huisvestingsinspectie**

Dit houdt in dat een inspectie wordt gecreëerd zoals een ‘automobielininspectie’ **met expliciete bevoegdheden voor Gezondheid en Wonen**.

Ook dit voorstel ondersteunt men niet. Opnieuw mogen we echter niet veralgemenen. De ontwikkeling van een huisvestingsinspectie met meer bevoegdheden op het vlak van gezondheid en wonen vindt niemand echt een goed idee. Eerder zou men **meer ondersteuning** willen van de diensten die reeds bestaan. De Wooninspectie, werkend met de wooncode, is daar een mooi voorbeeld van.

Tenslotte heeft men langs Waalse zijde ook kritiek op de verschillende ‘**Ambulances Vertes**’. Deze werken op dit ogenblik nog niet **geuniformiseerd**, mede door onderscheiden financiële middelen.

### *3.5 Conclusies van de rondetafelgesprekken*

We kunnen stellen dat Vlaanderen, Wallonië en Brussel **beleidsmatig** ieder hun **eigen accenten** hebben gelegd aangaande gezondheid en wonen. Voorbeelden hiervan vindt men bij de Medisch Milieukundigen in Vlaanderen en de Ambulances Vertes in Wallonië en Brussel.

In de gesprekken kwam als algemene tendens naar voor dat er nog veel ruimte is voor **samenwerking** tussen de sectoren Welzijn, Gezondheidszorg en Huisvesting. De bestaande samenwerking ligt op dit ogenblik meer nadruk op de eigen sector. Gezondheid en Wonen is echter een domein dat verschillende invalshoeken vergt.

Tijdens deze rondetafelgesprekken wilden we drie mogelijke innovaties bespreekbaar maken:

- een te ontwikkelen meldpunt of instrument
- de installatie van een huisvestingsgeneeskunde
- de oprichting van een huisvestingsinspectie met specifieke bevoegdheden voor gezondheid en wonen.

Ten overstaande van een **huisvestingsgeneeskunde** en een doorgedreven **huisvestingsinspectie** stond men in de gesprekken unaniem negatief. Men vreest voor een nieuwe en ingewikkelde structuur.

Een **meldpunt of gelijkaardig instrument** kan op meer goedkeuring rekenen. Over de organisatievorm bestaat geen consensus. Essentieel bij het ontwikkelen van dit instrument is dat het voeling heeft met de praktijk, het oplossingsgericht is en het niet beperkt is tot louter het signaleren van de problemen. Verder werd uit de gesprekken duidelijk dat voor dit instrument/orgaan een duidelijke taak is weggelegd in het sensibiliseren en informeren van professionelen en burgers. Hierbij wordt zowel verwezen naar studiedagen en campagnes, als naar specifieke opleidingen rond van gezondheid en wonen in basisopleidingen en bijscholingen.

Ten slotte blijkt bij de **aanpak van detecteerde problemen**, dat er duidelijk structurele problemen bestaan, waar het beleid (al dan niet in samenwerking met de praktijk) functioneel en realistisch moet ingrijpen (i.e. het tekort aan sociale woningen).

## 4. Scenario's

### *4.1 Doelstelling*

De scenario's hebben als tweeledig doel 1. praktische mogelijkheden en instrumenten aan te bieden met betrekking tot Gezondheid en Wonen aan de beleidsmakers 2. de beleidsmakers aan te zetten tot kritische reflectie met betrekking tot de complexe aard van Gezondheid en Wonen

### *4.2 Methodologie*

Op basis van een inhoudsanalyse van de rondetafelgesprekken, een literatuuronderzoek met betrekking tot goede praktijken en de vragenlijst aangaande de dagelijkse praktijk, in overleg met de begeleidingscommissie, hebben de onderzoekers vijf scenario's opgesteld. Vervolgens hebben de onderzoekers een expertenronde ingericht, waarbij ze 12 experts consulterden op de haalbaarheid, de effecten en inhoud van de scenario's. De experts kwamen uit verschillende achtergronden en organisaties. De onderzoekers hadden aandacht voor de regionale verschillen (VL/BR/WALL) Er vonden 12 diepte-interviews (gemiddeld 1 uur duurtijd) plaats. Deze interviews werden omgezet in transcripten en geanalyseerd. Dit resulteerde in de ontwikkeling van een totaalproject 'Gezondheid en Wonen', een mogelijke organisatiestructuur om met 'Gezondheid en Wonen' om te gaan.

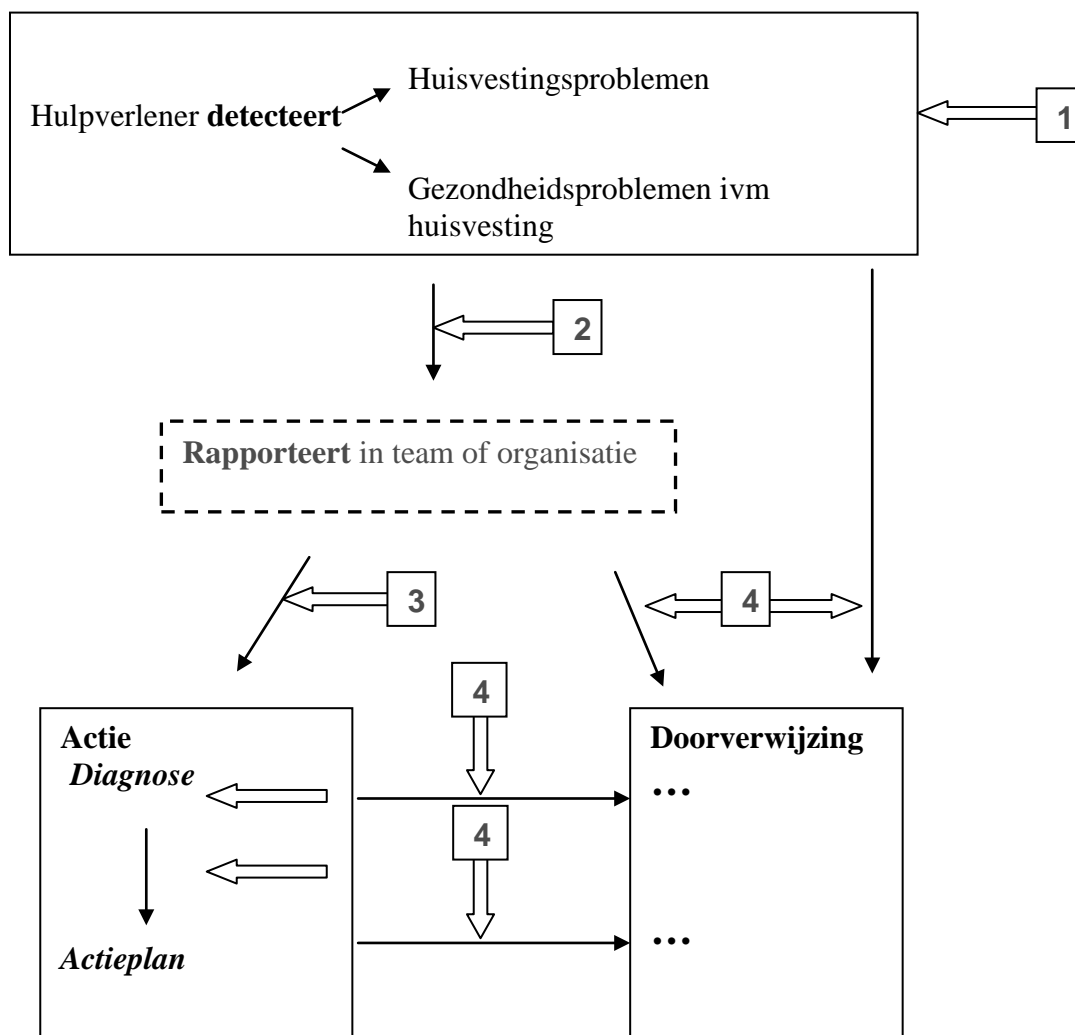
In de komende paragrafen gaan we in op de probleemsituatie aangaande de relatie tussen gezondheid en wonen binnen de dienstverlening van professionals. Daarna vatten we de scenario's samen in een factsheet. Vervolgens bekijken we uitgebreid elk scenario op zich. Daarna brengen we verslag uit van het expertenpanel. Tenslotte bieden we conceptueel kader aan en presenteren we het totaalproject Gezondheid en Wonen. Dit maakt beleidsaanbevelingen mogelijk.



## 4.3 Resultaten

### Probleemsituatie

We geven schematisch het traject weer dat een probleem rond gezondheid en wonen doormaakt. Het gaat om een stroomdiagram waarbij op elk niveau de door ons opgevatte structuur kan ingrijpen. De scenario's fungeren als mogelijke oplossingen voor deze probleemsituatie:



Figuur 4 Probleemsituatie Scenario's

## ***Detectie (1)***

### Probleemstelling

Allereerst moet men rekening houden met de Attitude van de hulpverlener/werkgever omtrent het detecteren. Daarenboven bestaat er een tekort aan kennis bij hulpverleners om problemen in verband met wonen en/of gezondheid te detecteren.

Mogelijke bijdrage van een op te richten structuur/orgaan

- Niveau hulpverleners: bewust maken voor woon-gezondheid problemen
- Niveau werkgevers: stimuleren om detectie in te schrijven in de taakomschrijving van alle dienstverleners
- Informatieverstrekking omtrent detectie van woon- en Gezondheidsproblemen

## ***Van Detectie naar Rapportage (2)***

### Probleemstelling

De attitude hulpverlener op dit punt is van die aard: “ik kan hier toch niets aan veranderen”

Een bijkomend probleem is dat een hulpverlener niet kan signaleren zonder de toestemming van de bewoner (bescherming van de privacy) of denkt hierin geremd te worden door zijn deontologische code. Daarnaast echter kunnen er zich nog andere belemmerende factoren voordoen.

Mogelijke bijdrage van een op te richten structuur/orgaan

- Sensibilisering hulpverleners
- Inventarisatie van de verschillende deontologische en ethische codes
- Onderzoek naar andere belemmerende factoren in doorverwijzing en systematische aanpak hiervan

## ***Van Rapportage naar Actie (3)***

### Probleemstelling

Wanneer men overgaat tot een actief ingrijpen kan er een tekort bestaan aan informatie over de verschillende bestaande diensten. Dit naast een tekort aan technische informatie

Met andere woorden er is nood aan ondersteuning tijdens het proces.

Mogelijke bijdrage van een op te richten structuur/orgaan

- Inventarisatie en ter beschikking stellen van gegevens over bestaande diensten
- Inventarisatie en ter beschikking stellen van technische informatie +

aanspreekpunt voor technische vragen

- Ondersteunen van de genomen initiatieven

- Zie ook: [www.slag.nu/](http://www.slag.nu/) // [www.nigz.nl/SCAN/](http://www.nigz.nl/SCAN/) // [www.hetkenniscentrum.nl](http://www.hetkenniscentrum.nl)

### ***Van Rapportage naar Doorverwijzing (4)***

Probleemstelling

- Wanneer men wil doorverwijzen heeft men te doen met een tekort aan informatie over de verschillende bestaande diensten waarnaar kan doorverwezen worden.

- Mogelijke bijdrage van een op te richten structuur/orgaan

Inventarisatie en ter beschikking stellen van gegevens over bestaande diensten

Op basis hiervan werden 5 mogelijke scenario's uitgewerkt waarin in mindere of meerdere mate een antwoord wordt gegeven op de hierboven gerapporteerd problemen.

### **Factsheet scenario's**

Type Model/ Profiel	1 Website 'Gezondheid en Wonen'	2 Onderwijs 'Gezondheid en Wonen'	3 Structuur MMK/CRIPI; SAMI('Ambulances Vertes')	4 Structuur OCMW's/ Huisvesting	5 'Gezond Wonen'- Coördinatoren
Korte inhoud	Interactieve website gezondheid en wonen	In bestaand gespecialiseerd onderwijspakket modules opnemen	Uitbreiding taken MMK/CRIPI/ SAMI, Socio-medisch personeel wordt toegevoegd	Expertise is reeds gedeeltelijk aanwezig, maar kan in de steden uitgebreid worden Uitbreiding en/of verdere uitbouw takenpakket	Crëren van nieuwe functie op niveau steden (coördinatie Cel Grootstedenbeleid) die zich bezig houdt met 'Gezond Wonen'
Doelstelling	Informatie en advies verlenen aan professionals (initieel aan professionals)	Keynoteprofessionals sensibiliseren en onderrichten	Door de versterking van deze diensten kunnen mbt gezondheid en wonen meer resultaten behaald worden	Dmv een consultant Wonen en gezondheid bij cel Ocmw of huisvesting wordt meteen het verband gelegd tussen wonen en gezondheid	Coördinatoren moeten facilitators zijn van 'gezond wonen', Gezond wonen op de agenda zetten
Voordelen	Laagdrempelig Gepersonaliseerd advies Lage kost(?)	Langetermijn-investering Makkelijk bijsturen	Zijn reeds werkzaam rond Gezondheid en Wonen	Doorgedreven integrale werking mogelijk Volledig bereik	Aandacht voor 'gezond wonen' verzekerd
Beperkingen	Toegang tot internet vereist Niet makkelijk om informatie-functie te overstijgen Advies is duur	Draagt dit bij tot betere hulpverlening? Beperkt aantal professionals worden bereikt	Verschillende regio's = verschillende structuren en bevoegdheden	Inbedding betekent zware investering (in hiërarchische omgeving ??)	Opnieuw beleidsniveau bij Hoe integreren in administratie ?

		Vlaamse materie			
<b>Gevolg voor normale werkwijze</b>	Minimem, bestaande organisaties maken er gebruik van als ondersteunende dienst	Professionelen hebben de vrije keuze om deel te nemen aan dit aanbod	Meer expertise en slagkracht betekent meer acties tov de burger Meer resultaten voor burger en professional	Door installatie nieuw aandachtspunt voor stedelijke ocmw's en/of huisvestingsdiensten	Bestaande actoren moeten aandacht hebben voor nieuw beleidsniveau
<b>Kenmerken</b>	Informatief Actief adviserend (48-uursfunctie) Docbank: samenbrengen alle kennis 'Gezondheid en Wonen'	Kennisverwerving om later te gebruiken in de praktijk	Personeelsuitbreiding Uitbreiding competenties	Personeelsuitbreiding Uitbreiding Competenties	Coördinatoren in stedelijke gebieden Met centrale sturing vanuit cel grootstedenbeleid
<b>Doelgroepen</b>	Professionelen Huisvesting, Gezondheid en Sociale sector	Professionelen met aandacht voor Gezondheid en Wonen (Huisvestingsconsulent)	Organisatie Medisch Milieukundigen Ambulances Vertes en bestaande doelgroep	Ocmw en huisvestingsdiensten en hun cliënteel	Professionelen en beleidsverantwoordelijken Huisvesting, Gezondheid en Sociale sector
<b>Coördinatie</b>	Cel Grootstedenbeleid (Federale overheid)	Via de bevoegde administratie van de Vlaamse overheid	TOVO (Vlaams) Brussels Instituut voor Milieubeheer (Brussel) Communauté Française + Bevoegde kabinetten	VVSG en Cel Grootstedenbeleid	Cel Grootstedenbeleid
<b>Tijdsplanning</b>	Middellange termijn (ontwikkeling website, werving personeel)  ++	Voor de toevoeging van lesmodules, moeten cursus en lesgevers georganiseerd worden Eerder korte termijn  ++	Vraagt belangrijke tijdsinvestering, mede door onderscheiden regio's en structuren, Federaal ingrijpen op gemeenschapsmaterie Langere termijn  ++++	Vraagt eveneens een langere tijdsinvestering  ++++	Vraagt iets langere tijdsinvestering  +++
<b>Registratie*</b>	Adviesaanvragen: aard, aantal en resultaten Bezoekers website	Audit mogelijk bij cursisten naast meting van resultaten op langere termijn	Door Ambulance vertes en MMK's zelf om audit werking mogelijk te maken	Via ocmw's en huisvestingsdiensten zelf	Via Cel Grootstedenbeleid
<b>Privacy**</b>	Cases adviesaanvragen anonimiseren	Niet van toepassing	Organisaties houden daar reeds rekening mee	Reeds in huidige werking aanwezig	Niet van Toepassing
<b>Financieel</b>	Ontwikkeling en onderhoud website continue personeelskost (actief advies) €€	Hier is sprake van een lage kost in verhouding tot andere oplossingen €	Zware kostprijs  €€€€	Zware kost  €€€€	Relatief zware kost  €€€
<b>Conclusie</b>	<b>Een redelijk éénvoudige</b>	<b>Zeer zinvol scenario maar</b>	<b>Herstructurering voor de</b>	<b>Stedelijke diensten verstevigen die</b>	<b>Bewustvorming en politieke</b>

	ingreep in het aanbod voor het werkveld	beperkt bereik	stedelijke gebieden kan een integrale werking gezondheid en wonen bevorderen, doch zware investering noodzakelijk in tijd en middelen	reeds een ervaring bezetten ten overstaande van wonen en welzijn	agendering mogelijk maken, Projectmatige aanpak
--	---	----------------	---	--	---

+ => ++++ = mate van tijdsinvestering \* Registratie van gegevens om beleidsaanbevelingen en audit mogelijk te maken  
 \*\* Privacy van cliënten/patiënten moet ten allen tijde mbt de dienstverlening bewaard blijven

**Tabel 3 Factsheet 1 Scenario's**

# Toelichting scenario's

## Scenario 1: Ontwikkeling van een toegankelijke website voor professionals, met mogelijkheid voor gepersonaliseerd advies

### Beschrijving

Website met mogelijkheid tot gepersonaliseerd advies

Volgende onderdelen kunnen worden opgenomen:

**Agenda:** activiteiten die betrekking hebben op gezondheid en wonen worden bekend gemaakt: congressen, studiedagen, opleidingen,...

**Nieuws:** belangrijke feiten worden regelmatig bijgewerkt, deze rubriek hangt samen met 'Agenda'

**Adviezen:** frequently-asked-questions en "standaarden", uitgebreid met een online adviesfunctie (permanentie)

**Contact:** contactgegevens van organisaties of instellingen die expertadvies kunnen geven of waarnaar doorverwezen kan worden

**Projecten:** opgezette projecten en initiatieven rond gezondheid en wonen worden aangegeven

**Documenten:** werkdocumenten voor hulpverleners staan ter beschikking op de website

**Publicaties:** bronnen van praktische (praktijkprojecten en casussen) en theoretische (onderzoekprojecten) aard

**Links:** verwijzingen naar instellingen op lokaal, nationaal en internationaal vlak

### Doelstelling

- Informatiefunctie en adviesfunctie
- In mindere mate: sensibiliseringsfunctie
- Eventueel inschakelen als tool binnen andere scenario's

### Doelgroepen

- Professionals (Huisvesting, Gezondheidszorg en Welzijn) Indien men ook burgers wil bereiken zal men een meer toegankelijke communicatiestijl en –taal moeten hanteren

### Coördinatie

Algemene coördinator van het team van adviseurs + de webmaster

### Tijdsplanning

Oprichting is mogelijk op middellange termijn (1 jaar).

### Communicatie en PR

Het is logisch dat de website in de eerste plaats aan de deelnemende organisaties wordt bekend gemaakt, hun medewerkers moeten gesensibiliseerd worden met een eventuele campagne of opleiding hoe de website functioneert

### **Registratie**

De adviesvragen die via de website worden gedaan, moeten geregistreerd worden, naar aard en type. Verder kan ook gekeken worden hoe vaak de website geraadpleegd wordt.

### **Privacy**

Gepersonaliseerde adviesaanvragen zullen met bijzondere aandacht voor de bescherming van de privacy van de patiënt moeten worden behandeld. Dit is mogelijk door voor elke case gebruik te maken van een codenummer. Zo kent de organisatie enkel dit codenummer en niet de identiteit van deze case, aangebracht door de hulpverlener

### **Monitoring en evaluatie**

De website en de daar bijhorende dienstverlening moet op gepaste tijdstippen geëvalueerd worden, dit naast een continue herwerking en bijsturing van het aanbod op de website

De **website** zal aan **real-time dienstverlening** moeten doen. Het mag geen louter informatief forum zijn. Er moet een duidelijke advies- en oplossingsfunctie in vervat zitten. Een voorbeeld hiervan vinden we in Nederland. Daar bestaat reeds een **Kenniscentrum Grote Steden**. De website daarvan bevat reeds een **48-uursadviesfunctie** (zie bijlage 4). **Deze website kan als ‘tool’ fungeren binnen andere scenario’s.**

## Scenario 2: Uitwerking van gespecialiseerd onderwijs voor specifieke doelgroepen (cfr. opleiding huisvestingsconsulent)

### Beschrijving

Bedoeling is om bv. een reeds bestaand gespecialiseerd onderwijsaanbod – vb. huisvestingsconsulent in Vlaanderen - uit te breiden. Er bestaan in deze opleiding reeds 7 modules. Men kan als het ware een 8<sup>ste</sup> en 9<sup>de</sup> module toevoegen omtrent ‘Gezondheid en Wonen’. Dit draagt bij tot meer kennis en bewustvorming bij professionelen die sowieso met wonen bezig zijn

In samenwerking met de Vlaamse provincies en het ministerie van de Vlaamse gemeenschap – Afdeling Woonbeleid organiseert de sectie Wonen opleidingen voor lokale besturen ivm wonen en woonbeleid, bedoeld voor professionelen van volgende organisaties:

- **gemeenten en ocmw's;**
- **plaatselijke sociale woonorganisaties (zoals huurdersbonden, sociale verhuurkantoren, sociale huisvestingsmaatschappijen, ...).**

Deze opleiding bestaat uit 7 verplicht te volgen modules die recht geven op **een brevet van huisvestingsconsulent** (uitgereikt door de minister bevoegd voor wonen). In de opleiding wordt er aandacht besteed aan het ‘voeren van een gemeentelijk woonbeleid’ en aan de beleidsvoorbereidende taak van gemeentelijke huisvestingsambtenaren.

De 7 verplicht te volgen modules zijn:

Wonen van ouderen

Tegemoetkomingen aan particulieren

Projectsubsiëring

Gemeentelijk en stedelijk woonbeleid

Woonkwaliteit en kwaliteitsbewaking

Huren in de openbare en in de private sector

Gemeentelijke huisvestingsreglementen: Waarom en hoe



**Doelstelling**

- Informatieve en didactische functie
- Sensibiliseringsfunctie

**Doelgroepen**

- Professionelen (in de eerste plaats Huisvesting, Gezondheidszorg en Welzijn, maar ook bv. artsen, architecten, bouwsector, verantwoordelijken openbare instellingen)

**Coördinatie**

Opleidingscentrum + beleidsniveau

**Tijdsplanning**

Oprichting is mogelijk op korte termijn (minder dan 1 jaar).

**Communicatie en PR**

De opleiding wordt bekend gemaakt bij organisaties, hun medewerkers moeten gesensibiliseerd worden met een eventuele campagne dat de opleiding opgevat is in functie van een oplossingsgerichte dienstverlening

**Registratie**

- Welke professionelen en organisaties doen beroep op de opleiding?
- SWOT-analyse

**Monitoring en evaluatie**

De opleiding moet na verloop van tijd geëvalueerd worden op de resultaten die moeten geboekt worden in de praktijk. Professionelen die de opleiding gevolgd hebben, moeten efficiënter werken dan vroeger

### **Scenario 3: Steunpunt (Unit) inbedden bij de Medisch Milieukundigen's (Vlaanderen) en de Ambulances Vertes (Wallonië en Brussel)**

#### **Kenmerken**

- het Steunpunt of de unit wordt ingepast binnen een bestaande, regionale organisatie of dienst in concreto voor Vlaanderen: de MMK's; voor Wallonië en Brussel, de Ambulances Vertes:

CRIPI/SAMI

- lokaal / regionaal niveau

- de regionale Steunpunten hebben geen eigen 'gezicht' binnen de bestaande organisatie maar hun taken worden opgenomen in de taakomschrijving van de bestaande organisatie

#### **Doelstelling**

Mogelijkheid tot ondersteuning van alle stappen in het detectie-tot-actie proces

#### **Doelgroepen**

Professionelen

Voordeel is dat reeds gebruik gemaakt kan worden van het bestaande bereik van de organisatie

#### **Tijdsplanning**

Middellange termijn (identificatie diensten, aanpassen takenpakket, aanwerven personeel, opbouwen expertiseveld en ontwikkelen aanbod)

#### **Communicatie en PR**

De bestaande naambekendheid kan uitgebreid worden door het opstellen van een brochure of aantrekkelijke mailing. Verder kunnen ook initiaties worden gegeven hoe het steunpunt past in het hele hulpverleningsproces

#### **Registratie**

Uiteraard kan men alle processen waar het steunpunt (unit) in betrokken wordt ook registreren. Indien dit uniform gebeurt voor alle regionale/lokale afdelingen ontstaat er nuttige beleidsrelevante informatie

#### **Privacy**

Adviesaanvragen door hulpverleners voor reële cases worden met ID-nummer behandeld zodat de naam en toenaam van deze cases niet bekend is voor het steunpunt of unit

## MMK: Medisch Milieukundigen

*Huidige Structuur en Kenmerken MMK's (Bron: [www.mmk.be](http://www.mmk.be)) (zie bijlage 5)*

**Gegevens over de voor- en nadelen van de MMK's (assessment)** worden nog niet bekend gemaakt. Ze worden in een toekomstige audit geëvalueerd. **Rapportage aan het bevoegde Kabinetten** (Vlaams Ministerie Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen; Vlaams Ministerie Wonen, Media en Sport; Vlaamse ministerie Leefmilieu, Landbouw en Ontwikkelings-samenwerking).

*O.a. uit informele gesprekken en de rondetafelgesprekken :*

- te **weinig bekendheid** bij diensten, intermediairen en burgers
- start gemist
- professionelen moeten **bewuster omgaan met gezondheid en wonen**

Volgende gegevens zijn bekend na 1 jaar werking:

Resultaten 2005 Overzicht vragen en klachten							
Antwerpen Limburg Oost- Vlaams- West- totaal							
Vlaanderen Brabant Vlaanderen Vlaanderen							
Onderzoeken (Absoluut)	109	76	63	54	60	362	
Klachten (Procentueel)							
Vocht en schimmel	29%	32%	48%	24%	42%	34%	
Geurhinder	8%	11%	6%	4%	10%	8%	
Plaagdieren	24%	25%	14%	24%	7%	20%	
Formaldehyde	3%	4%	3%	7%	8%	5%	
Asbest	0%	4%	10%	6%	5%	4%	
Straling	3%	1%	0%	4%	0%	2%	
Lawaai	1%	3%	2%	0%	2%	1%	
Andere	32	21%	17%	31%	27%	26%	
Analyses en metingen	10%	5%	11%	6%	23%	11%	
Schimmel	91%	50%	100%	67%	86%	85%	
Andere	9%	50%	0%	33%	14%	15%	
Plaats bezoek	21%	57%	41%	19%	50%	36%	

**Tabel 4 Medisch Milieukundigen Resultaten 2005**

**Samengevat:** Er zijn in Vlaanderen drie niveaus: 1. de MMK's bij de LOGO's  
2. Afdeling Toezicht Volksgezondheid (Vlaamse gezondheidsinspectie) en 3. Steunpunt Milieu en Gezondheid. De MMK's fungeren 1. als aanspreekpunt 2. signalisatiepunt 3. voorlichtingspunt. Doelgroepen zijn lokale intermediairen.

### *Mogelijkheden tot uitbreiding*

De MMK's zijn opgebouwd rond de LOGO's; Het is mogelijk om **de MMK's van de steden** uit te breiden met **meer personeel** (cfr. artsen, socio-medisch personeel). Dit geeft aan dat in steden de problematiek van gezondheid en wonen vaak pertinenter aanwezig is. Dit past mogelijk in **het beleidsperspectief van de Cel Grootstedenbeleid**.

### *In de marge*

Op 15 maart 2006 werd een Voorstel van Resolutie bij het Vlaamse Parlement ingediend betreffende Milieu en Gezondheid (zie bijlage 6), alsook vonden we informatie over de MMK's bij de Handelingen van het Vlaamse parlement (zie bijlage 7)

### **CRIPi/SAMI 'Ambulance Verte'**

#### *Enkele vaststellingen*

- **niet geuniformiseerd**, diversificatie naar provincie
- **enkel de arts** kan een onderzoek aangeven
- niet iedere ambulance verte is even goed **gefinancierd**
- **meer ondersteuning nodig voor de burger** waarvan de woning onderzocht wordt

#### *Huidige Structuur en kenmerken CRIPi en SAMI:*

**CRIPi : Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (zie bijlage 8)**

In Brussel hebben ze reeds een eigen manier om met gezondheids- en woonproblemen om te gaan. De **Regionale Interventiecel voor Binnenhuisverontreiniging**. Zij zijn gespecialiseerd in **binnenmilieu-onderzoeken en de analyse** ervan. Daarin verschillen ze niet van de Waalse SAMI-initiatieven.

**Samengevat :** CRIPI doet allereerst aan diagnose, op verzoek van de huisarts. Daarnaast is preventie ook belangrijk. Bij elk onderzoek in de woning is een team van onderzoekers en een sociaal verpleegkundige aanwezig.

### **SAMI : Service d'Analyse de milieux Interieurs (zie bijlage 9)**

De SAMI zijn in Wallonië per provincie georganiseerd. Net als in Brussel doen zij aan onderzoek en analyse 'in the field'. Dit in tegenstelling tot de MMK's die zelf slechts aanleiding geven tot het onderzoek. SAMI bestaat sinds in 1999 en is ontstaan in Luik.

**Samengevat :** SAMI ontstaat in 1999 in de Provincie Luik. Reeds 300 woningonderzoeken vonden plaats (telling tot 2003). Deze gebeuren op basis van de arts, maar de patiënt kan de aanzet geven. SAMI onderzoeken zijn gratis voor alle inwoners van de provincie Luik. Indien de raadgevingen worden opgevolgd treed er meestal (87.9%) verbetering op in de woonsituatie van de burger.

### ***Mogelijkheden tot uitbreiding***

Er kan aan de CRIPI en SAMI die enkel aanwezig zijn in de steden **een luik** worden toegevoegd, **waarbij de arts als tussenpersoon wordt uitgeschakeld**: alle professionelen en intermediairen kunnen hier beroep op doen, uitgaande van de **grootstedelijke problemen** inzake gezondheid en wonen.

### ***Knelpunten: Onderscheid MMK's/CRIPI/SAMI***

Om een nieuwe structuur of eenheid te creëren binnen de MMK/CRIPI/SAMI en ze ook te implementeren, zit je met **volgende knelpunten**:

- Het zijn onderscheiden structuren, met **eigen bevoegdheden**
- **Verschillende regio's zijn bevoegd**, het is geen federale materie
- **SAMI/CRIPI** op aangeven van **arts**, dit is niet het geval bij de MMK
- MMK zeer **lokaal** georiënteerd (LOGO), CRIPI/SAMI **provinciaal** georiënteerd

#### **Scenario 4: Inbedding van het steunpunt (Unit) bij de gemeentediensten (cfr. huisvestingsambtenaren) of ocmw's**

##### **Kenmerken**

- het Steunpunt (unit) wordt ingepast binnen een bestaande, regionale organisatie of dienst in concreto binnen de huisvestingsdiensten van de gemeenten en steden of ocmw's
- in eerste instantie wordt gedacht aan de stedelijke diensten en ocmw's
- lokaal / regionaal niveau
- de regionale Steunpunten hebben geen eigen 'gezicht' binnen de bestaande organisatie maar hun taken worden opgenomen in de taakomschrijving van de bestaande organisatie

##### **Doelstelling**

Mogelijkheid tot ondersteuning van alle stappen in het detectie-tot-actie proces.

##### **Doelgroepen**

Professionelen

Voordeel is dat reeds gebruik gemaakt kan worden van het bestaande bereik van de organisatie.

##### **Tijdsplanning**

Middellange termijn (identificatie diensten, aanpassen takenpakket, aanwerven personeel, opbouwen expertiseveld en ontwikkelen aanbod)

##### **Communicatie en PR**

De bestaande naambekendheid kan uitgebreid worden door het opstellen van een brochure of aantrekkelijke mailing. Verder kunnen ook initiaties worden gegeven hoe het steunpunt of unit past in het hele hulpverleningsproces. De stedelijke ocmw's en huisvestingsdiensten doen reeds zelf aan promotie en hebben zin voor initiatief op het vlak van innovatieve projecten.

##### **Registratie**

Uiteraard kan men alle processen waar het steunpunt (Unit) in betrokken wordt ook registreren. Indien dit uniform gebeurt voor alle regionale/lokale afdelingen ontstaat er nuttige beleidsrelevante informatie.

##### **Privacy**

##### **Monitoring en evaluatie**

Door de nadruk te leggen bij de **ocmw's of huisvestingsdiensten** (voor de installatie van een consulent 'Gezond Wonen'), speelt men in op de **regionale/lokale verwevenheid** van het professionele veld. De gemeenten en steden fungeren als een knooppunt van dienstverlening. Ocmw's zijn vanuit hun eigen dienstverlening steeds ook met de kwaliteit van hun woningpotentieel bezig. Wanneer zij nog meer de nadruk kunnen leggen op **de relatie tussen gezondheid en wonen** - tenminste in de steden - dan komt dit **ten goede van de socio-economisch zwakste groepen**.

**Huisvestingsdiensten** staan centraal in het verhaal van de **woonproblematiek**. Wanneer deze expertise gecombineerd wordt met **socio-medische expertise**, kan dit de dienstverlening alleen maar ten goede komen.

### *Structuur en kenmerken OCMW's (zie bijlage 10)*

**Samengevat:** Dienst Wonen: voor problemen bij het huren / bemiddeling / informatie over premies, huursubsidies, procedures onbewoonbaarverklaring / noodwoningen / sociaal verhuurkantoor

### *Mogelijkheden tot uitbreiding*

Het valt op dat er een zekere **uniformiteit** bestaat in de dienstverlening van de ocmw's. Er zullen weliswaar verschillen bestaan in manpower. Het ocmw-cliënteel zou zeker baat hebben bij een professionele eenheid die zich buigt over problemen gerelateerd aan gezondheid en wonen.

Ocmw's in de grote steden kunnen worden versterkt met een **consulent 'Gezond Wonen.'** Hij/zij staat de ocmw-werking en het ocmw-cliënteel bij in het nemen van beslissingen aangaande het verband met gezondheid en wonen.

### *Structuur en kenmerken huisvestingsdiensten (zie bijlage 11)*

De **huisvestingsdiensten van de gemeenten en steden** komen reeds in contact met woonproblemen. Vaak gaat het om schrijnende toestanden waarbij gezondheidsrisico's niet uitgesloten zijn. Er zou **een niche** kunnen bijgecreërd worden, waar gezondheid als prioritair

wordt aangenomen. Dit is onder andere een standpunt van de Werkgroep Wonen bij de VVSG. In een eerste fase kunnen de **stedelijke huisvestingsdiensten** versterkt worden.

### ***Mogelijkheden tot uitbreiding***

Voorlopig kunnen de **bestaande stedelijke huisvestingsdiensten versterkt worden** door daar een professioneel te plaatsen die milieu-medisch gericht is. **Deze kan gekoppeld worden in het geval van de Antwerpse woondienst bij de dienst Wooninspectie.** Hierdoor word de medische dimensie nog meer versterkt en kan er **samengewerkt worden door meerdere experts.**



## **Scenario 5: ontwikkeling van nieuwe organisatie op twee niveaus: centraal en regionaal.**

### **Kenmerken**

ontwikkeling van een organisatie op twee niveaus: centraal en regionaal

Centraal: coördinatie van de lokale afdelingen

registratie: gegevens uit de lokale afdelingen worden gecentraliseerd en vervolgens in een database opgenomen om beleidsaanbevelingen mogelijk te maken

kwaliteitsbewaking

cfr. back-office (cfr. Cel Grootstedenbeleid)

Lokaal: advies/info/sensibilisering (idem scenario 2) cfr. front-office (cfr. 'Gezond Wonen' coördinatoren)

### **Doelstelling**

Mogelijkheid tot ondersteuning van alle stappen in het detectie-tot-actie proces.

Voordeel van meer uniformisering en kwaliteitsbewaking van de lokale dienstverlening door het invoeren van een centraal niveau.

### **Doelgroepen**

Hier gelden dezelfde doelgroepen als de vorige scenario's. Echter door het creëren van een centraal niveau is dit scenario uitstekend als beleidsondersteunend instrument door meer ruimte voor registratie en analyse.

### **Coördinatie**

### **Tijdsplanning**

Lange termijn

### **Communicatie en PR**

Vooraf de lokale afdelingen moeten bekend gemaakt worden bij de professionele organisaties. Het centrale niveau moet dan weer bekendheid verwerven bij onderzoekinstanties en overheden.

### **Registratie**

De registratiegegevens moeten doorgespeeld worden aan het centrale niveau. Ze moeten uniform verzameld worden volgens duidelijke protocollen. Hierdoor kan het 'kenniscentrum gezondheid en wonen' beleidsaanbevelingen genereren.

### **Privacy**

### **Monitoring en evaluatie**

We denken hier concreet aan een organisatie zoals de introductie van de federale ombudsmannen en -vrouwen: **17 ‘Gezond Wonen’-coördinatoren met centrale eenheid op de Cel Grootstedenbeleid.**

Deze 17 coördinatoren stippelen en voeren beleid uit dat de relatie tussen wonen en gezondheid benadrukt.

- Zij werken **praktijkprojecten** uit die zich fixeren op **de relatie ‘gezondheid en wonen’**
- Zij voeren **registraties uit op hetzelfde domein**
- Zij fungeren als **aanspreekpunt** voor burgers en professionelen
- **Zij werken nauw samen** met de sectoren (MMK’s/CRIPI/SAMI)
- Zij staan in voor de **promotie, publiciteit en informatieoverdracht** van het thema voor de federale overheid
- Het zijn dus **facilitators van ‘Gezond Wonen’ beleid**

Een mogelijke taak zou kunnen zijn: **een bewustmakingscampagne ‘Gezond Wonen’** voor de burger...

## Expertenronde

### *Lijst experts*

Dhr. Ludo Horemans, Vereniging Waar Armen het Woord Nemen, Vlaams, Belgisch en Europees Netwerk

Dhr. Gerrit Tilborghs, Toezicht Volksgezondheid, Vlaamse Overheid

Dr. Alain Nicolas, Directeur Santé, SAMI, Liège

Dhr. Julien Van Geertsom, Voorzitter, POD Maatschappelijke Integratie

Dhr. Pol Van Damme, Afdeling Woonbeleid, Vlaamse Overheid

Dhr. Peter Thoelen, Vlaams Instituut voor Bio-ecologisch Bouwen en Wonen

Mevr. Pascale Lambin, Coördinator (FR) Cel Grootsteden-beleid

Mevr. Lut Verbeek, Coördinator Sociale Zaken, VVSG

Dhr. Thierry Lahaye, COCOF, Bruxelles

Mevr. Veronique Pisano, Conseiller, UVCW, Wallonie

Dr. Jerome de Roubaix, Département Santé Communauté Française

Mevr. Marie-Laurence Dekeersmaecker, CREAT, UCL

### *Commentaren t.a.v. de scenario's*

#### **Scenario 1: Ontwikkeling van een toegankelijke website voor professionals, met mogelijkheid voor gepersonaliseerd advies**

Het is duidelijk dat dit scenario niet op zich kan staan, er moet een integratie gebeuren in een algemeen project. Anders is het de zoveelste website, gewoonweg een 'modewoord'. De website van het Kenniscentrum Grote Steden bewijst echter het tegendeel, dit scenario kan nuttig zijn.

Er bestaan echter reeds websites rond ofwel gezondheid, ofwel wonen, ofwel welzijn. Een website zoals deze van het IBGE is reeds een bron van informatie. Het kan daarom nuttig zijn alle info, aanwezig op de websites, te combineren en samen te voegen. Een andere mogelijkheid is de ontwikkeling van een datamotor die steeds de toegang op elke website garandeert. Als voorbeeld hiervan kan je de 'good practices' - verzameld in deze studie - plaatsen op elke relevante website door middel van zo'n datamotor.

Deze website moet een plek zijn om problemen te signaleren aan collega-professionelen, een Forum waar ze elkaar kunnen vinden. De website moet met andere woorden fungeren als een schakel tussen verschillende sectoren, tussen verschillende diensten en professionelen.

Er moet sprake zijn van 'Knowledge Management' op deze website. Kapitalisatie en distributie van kennis over de sectoren heen. Men moet gebruik kunnen maken van informatie en instrumenten die de dienstverlening naar de burger kunnen versterken.

Als men kiest om een adviesfunctie in te brengen op de website, dan stelt zich de vraag wie men als expert kunt inzetten. Wat is het profiel dat daar het meest aan beantwoordt? Een mogelijkheid is dat reeds bestaande organisaties deze rol opnemen. Zij worden betrokken in de werking van deze website en het geïntegreerd project. Daarenboven gaat men dan enkel de website hanteren of gaat men steunen op een telefoonlijn? Bij de experts ontstaat ook de indruk dat de 48-uursadviesfunctie (i.e. vragen, gesteld door professionelen via de website, worden door experts binnen de 48 uur beantwoordt) een mooi initiatief is, maar ze twijfelen aan de realiseerbaarheid ervan.

Men moet de website ook bekend kunnen maken. Een voorbeeld vindt men o.a. via nieuwsbrieven. De bekendheid van websites vormt wel meer een probleem in professionele middens, vooral als het gaat om sectoroverschrijdende initiatieven.

Een organisatorische vraag stelt zich: Ga je de website federaal of via de regio's (VL/WALL/BR) organiseren? Vermits het een expertise-website betreft is het federale niveau adequaat voor de technische aspecten, maar logistieke aspecten, onderhevig aan gemeenschapswetgeving kunnen verschillend zijn. Dit kan opgelost worden a.d.h.v. Links op de website. Men kan zelfs specialiseren per sector (Bouw – Gezondheid,...). Indien men de

website gaat plaatsenv. op federaal niveau, kan dit een beperkte raadpleegbaarheid en bereikbaarheid vanwege de gemeenschappen genereren.

Het gaat hier dus om een zeer specialistische website, zeer technisch van aard, die permanent up-to-date moet zijn. Maar hij moet ook handelbaar en praktisch zijn, met een aantal goede praktijken en instrumenten specifiek voor professionelen. (cfr. Knowledge Management)

## **Scenario 2: Uitwerking van gespecialiseerd onderwijs voor specifieke doelgroepen**

Er moet een integratie plaatsvinden in bestaande opleidingsstructuren. Het mag vooral geen volledig nieuwe opleiding worden. Men moet erin slagen om professionelen van verschillende sectoren samen te brengen.

Een praktische opleiding is een sine qua non, men moet o.a. praktijkdagen organiseren. Ook hier moet een geïntegreerde samenwerking met MMK's ontstaan, zij zijn immers ervaringsdeskundigen. Deze opleiding moet ook een permanent georganiseerd worden. Het mag geen 'one shot strategy' zijn.

Er bestaat in Vlaanderen reeds de opleiding 'Consulent Huisvesting' (infra): Het gaat hier echter om een beperkt publiek, enkel bepaalde professionelen tonen interesse voor deze opleiding. Deze opleiding die in 7 modules is opgesplitst, heeft veel te bieden. Men zou een bijkomende module kunnen toevoegen rond gezondheid en wonen. Sommige experts zijn echter te vinden voor een integratie binnen andere bestaande opleidingen.

Indien men een pilootproject wil opstarten omtrent Gezondheid en Wonen, is het nuttig om achteraf de opgedane ervaring te transfereren naar opleidingsprogramma's.

Daarnaast zijn er nog een aantal niet te vergeten doelgroepen: met name de bouwsector, artsen, crèches, scholen en rusthuizen. Deze actoren komen allen in contact met de woon en gezondheidsproblematiek.

Het kan ook helpen om consensusrichtlijnen te ontwikkelen. We denken hierbij aan protocollen en procedures die geuniformiseerd kunnen worden, maar ook aan de mogelijke invloeden van toxische stoffen en bedreigingen. Ook op dat vlak is consensus nodig. Net zoals bij de pro-actieve website - de links naar de verschillende niveau's - kan men werken via de regio's (VL/WALL/BR). Dit maakt meer toegankelijkheid mogelijk, naast het leggen van eigen accenten.

### **Scenario 3: Structuur inbedden in MMK's en Ambulances Vertes**

Een aantal experts vinden de MMK's te specifiek. Ook de bekendheid van de MMK's en de 'Ambulances Vertes' is relatief beperkt. Er is nog ruimte voor meer bekendheid en promotie. Er bestaat bv. weinig banden tussen het woonbeleid en de MMK's. Sommige experts geven als mogelijkheid aan: waarom kan er geen band ontstaan tussen de MMK's en de gemeentes.

Het systeem is goed op zich: het vormt een aanzet tot trans-disciplinariteit. Het werken in termen van netwerken is hier zeker aanwezig. Deze werkwijze is absoluut nodig wil men in de toekomst over de grenzen heen kijken van elk beleidsniveau op zich.

De 'Ambulances Vertes' zijn uitbreidbaar in de breedte en de diepte, resp. via uitbreiding van het aantal equipes en via uitbreiding van competenties. Zo geeft men aan dat men een waaier nodig hebt van alle mogelijke bedreigingen en toxische stoffen binnenshuis, de 'Ambulances Vertes' bezitten deze complete waaier op dit ogenblik niet. De dienst is gratis voor de eindgebruiker van de Ambulance Verte (WALL). Dit maakt het echter een dure onderneming voor de belastingsbetaler, aangezien de provincie instaat voor deze kost. Alleen al in de provincie Luik worden jaarlijks een 60-tal onderzoeken gepleegd. Er zijn 4 provinciale diensten in Wallonië en 1 in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest (CRIPi)

Maar voor 14 Medisch Milieukundigen kan men geen grote publiciteitscampagne organiseren. Dit kan een overbevraging genereren. Daarnaast kan men nieuwe werkrachten plaatsen bij de LOGO's (cfr. Lokaal Gezondheidsoverleg): dit verlicht de taken van de MMK's. In het LOGO zijn reeds (socio-)medische professionelen aanwezig. Zij kunnen de MMK's zeker bijstaan in hun takenpakket. Verdere integratie van deze twee entiteiten dringt zich op.

De expertenronde gaf aanleiding tot een algemene opmerking omtrent gezondheid en wonen: (Binnen)Milieuproblemen worden niet altijd makkelijk onder een bepaalde bevoegdheid geplaatst (cfr. Radon): verscheidene politieke niveau's willen niet toegeven dat een bepaalde materie onder de eigen bevoegdheid valt, indien het om een hoog-risico problematiek gaat.

#### **Scenario 4: Inbedding van structuur bij gemeentediensten of ocmw's**

Indien men de blik werpt op de gemeentediensten en ocmw's, moet men streven naar een ingebedde structuur om alle mogelijke partners te betrekken.

Een zekere mogelijkheid bestaat erin om dit initiatief te kaderen in het lokaal sociaal beleid. Een 'sociaal huis' waar de administraties van gemeente en ocmw geïntegreerd en vereenvoudigd worden, kan alleen maar voor een positief multiplicatoreffect zorgen voor de problematiek gezondheid en wonen. Het doel van het Sociaal Huis is immers de diensten van de gemeente dichter bij elkaar brengen en een geïntegreerde dienstverlening aan te bieden. Gezondheid en Wonen overschrijdt immers ook de grenzen van één enkele dienst binnen de gemeente of het ocmw. Voor kleinere gemeentes en ocmw's zou men in clusters kunnen werken.

Ook kunnen kan eventueel een werkgroep 'Gezondheid en Wonen' opgericht worden in de gemeentes. Of men kan kiezen voor een ondersteunende rol vanwege de bestaande organen. Deze kunnen waken over de problematiek. Daarnaast kunnen zij pilootprojecten trachten te sturen.

Daar kan men aan toevoegen dat het ocmw een belangrijke actor is als het gaat om Maatschappelijk Welzijn. Gezondheid en Wonen heeft bij uitstek betrekking op dit thema. Ocmw's kunnen echter nog pro-actiever werken.

De POD Maatschappelijke Integratie is bevoegd voor de ocmw's. Dit kan de ontwikkeling van een ingebedde structuur op dit niveau faciliteren. Men moet echter wel rekening houden met het feit dat er burgers zijn die niet in contact komen met het ocmw en toch geconfronteerd worden met de problemen rond gezondheid en wonen. Het ocmw vormt soms nog een drempel voor vele mensen.

De experts spreken over een mogelijk profiel voor de Consulent ‘Gezondheid en Wonen’: Het zou een maatschappelijk assistent kunnen zijn: iemand die praktisch ingesteld is. Vanuit Waalse zijde onderlijnt men dat de reeds bestaande functie van ‘Conseiller d’environnement’ ook een mogelijkheid is om de thematiek van gezondheid en wonen te behartigen.

Men vindt ook dat de nabijheid van deze consulenten bij de burger en de professionals zeer belangrijk is. Echter hoe dichter men deze consulenten bij de doelgroepen plaatst, hoe groter de kost wordt om dit te realiseren (hoeveel krachten inzetten en waar ?) Wat moet men immers doen met ‘gezond wonenbeleid’ in kleine gemeentes. Dit zou best leiden tot een gemeente-overstijgende samenwerking.

Enkelen stellen zich de vraag: moet men nu alweer een loket oprichten? Zijn er nog niet genoeg aanspreekpunten ? Een laatste vraag misschien: kan men de vastgoedsector niet responsabiliseren ?? Het installeren van ‘partnerships’ met de non-profitsector kan tot mooie resultaten leiden. De vastgoedsector is immers een primaire actor op de woonmarkt.

## **Scenario 5: Ontwikkeling van Gezond Wonen – coördinatoren**

Enkel dit scenario ontwikkelen zou betekenen dat men tegen een muur kan lopen. Het getuigt immers van een type van ‘hokjesdenken’. Men gaat een nieuwe functie creëren die weinig voeling zal hebben met de lokale context.

Daarenboven wordt dit scenario ook een beetje aangevoeld alsof de Federale overheid de rol van ‘schoonmoeder’ speelt t.o.v. de regio’s. Ook maakt men ons attent op het gevaar voor de ‘praatbarak’. Materies zoals Gezondheid en Wonen komen in commissies terecht waar ze als het ware ‘ingedommeld’ geraken. Er wordt over gepraat en gedebatteerd, maar er gebeurt weinig substantieels mee.

Dit duidt op het feit dat dit scenario aanleiding geeft tot beschouwingen, maar het ‘doortastende’ ontbreekt. Indien men voor scenario 5 kiest, dan moeten lokaal ook middelen voorzien worden. Deze gezond wonen – coördinatoren kunnen dan de functie van Facilitators voor Lokaal Sociaal Beleid opnemen. Tot slot kan men deze bevoegdheid plaatsen bij bestaande federaties en organisaties, die reeds werkzaam zijn in het veld van Gezondheid, Wonen en Welzijn. Scenario 5 op zich biedt geen oplossingen.



## ***Algemene bekommernissen***

We kunnen stellen dat er een duidelijk politiek niveau is vereist, dat deze initiatieven draagt. De relatie tussen de verschillende bevoegdheden (Federaal/Gewesten/Gemeenschappen) moet versterkt worden.

Men kan ook de mogelijkheid inbouwen om de NGO's te betrekken. Zij kunnen fungeren als organisaties die gespecialiseerde beleidsprogramma's kunnen ontwikkelen en opleiding kunnen geven voor overheidsbesturen.

Meer structurele problemen zoals een slecht woningenbestand mogen niet uit de weg worden gegaan. Geestelijke Gezondheid en Wonen is ook een verband dat niet uit de weg mag worden gegaan (cfr. bestaande opleiding van conciërges om daarop te kunnen reageren - COCOF)

De banden tussen burgers en professionals kunnen nog versterkt worden. We denken hierbij aan bv. praatcafés (cfr. Dementiecafé; CAFA St.Gilles). Ook een bewustmaking van het grote publiek is een vereiste voor verdere ontwikkeling van alle mogelijke initiatieven.

## ***Conclusies***

Experten zijn duidelijk een voor combinatie van scenario's. Het project zal beoordeeld worden op de zwakste schakel. De website en opleiding bieden louter toegevoegde waarde. Men pleit voor een geïntegreerde benadering, met respect voor alle partners, een netwerkbenadering.

We kunnen stellen dat scenario 4 zeer belangrijk wordt geacht, weliswaar in combinatie met scenario's 1, 2 en 5. Een consulent 'Gezondheid en wonen' bij de gemeente of het ocmw in combinatie met een website, opleiding en een coördinatorfunctie kan men zien als een totaalproject, waarbij elk scenario een toegevoegde waarde biedt. Vaak worden scenario 4 en 5 samen vernoemd: een lokaal initiatief moet gestuurd en gecoördineerd worden. Er kunnen slechts resultaten worden geboekt als ook het lokale werkveld op middelen kan beroep doen. Een kritische noot luidt echter als volgt: Dragen deze scenario's bij tot meer structurele

oplossingen ? Experts laten weten dat pilootprojecten in die richting initiatieven moeten nemen. Uiteindelijk wordt Scenario 3 veel minder goed onthaald. Wel is er vanuit de netwerkgedachte ruimte om de MMK's en Ambulances Vertes te betrekken in een weloverwogen totaalproject en –visie.

En indien men kiest om een pilootproject op te starten, zal men genuanceerder moeten durven denken: men moet keuzes durven maken en initiatieven ondernemen die nu op het vlak van wetgeving en voorzieningen conservatief worden behandeld. M.a.w. een innovatief pilootproject dat structurele tekortkomingen (cfr. wat met sociale huurwoningen; huurders versus eigenaars,...) aan banden legt. Wanneer men botst op muren, moet men de weg vrij maken.

## Eindconcept Scenario's: totaalproject 'Gezondheid en Wonen'

### *Aangepaste Factsheet*

We passen de in paragraaf 4.3.2 geconstrueerde tabel (Factsheet scenario's) aan. We leggen de nadruk op een geïntegreerd project waarbij drie grote pijlers blijven bestaan. Zijnde een websitegedeelte, een opleidingsgedeelte en lokale structuur, met centrale coördinatie. Deze tabel werd volledig herwerkt naar de wensen van de experts.

Type Model/ Profiel	1 Website 'Gezondheid en Wonen'	2 Opleiding 'Gezondheid en Wonen'	4 Structuur OCMW's/ Huisvesting met coördinatie
Korte inhoud	Interactieve website gezondheid en wonen	In bestaand gespecialiseerd onderwijspakket modules opnemen	Expertise is reeds gedeeltelijk aanwezig. Uitbreiding en/of verdere uitbouw takenpakket
Doelstelling	Informatie en advies verlenen aan professionals	Keynoteprofessionals sensibiliseren en onderrichten	Dmv een consultant Wonen en gezondheid bij cel Ocmw of huisvesting wordt meteen het verband gelegd tussen wonen en gezondheid Coördinator moet facilitator zijn van 'gezond wonen'

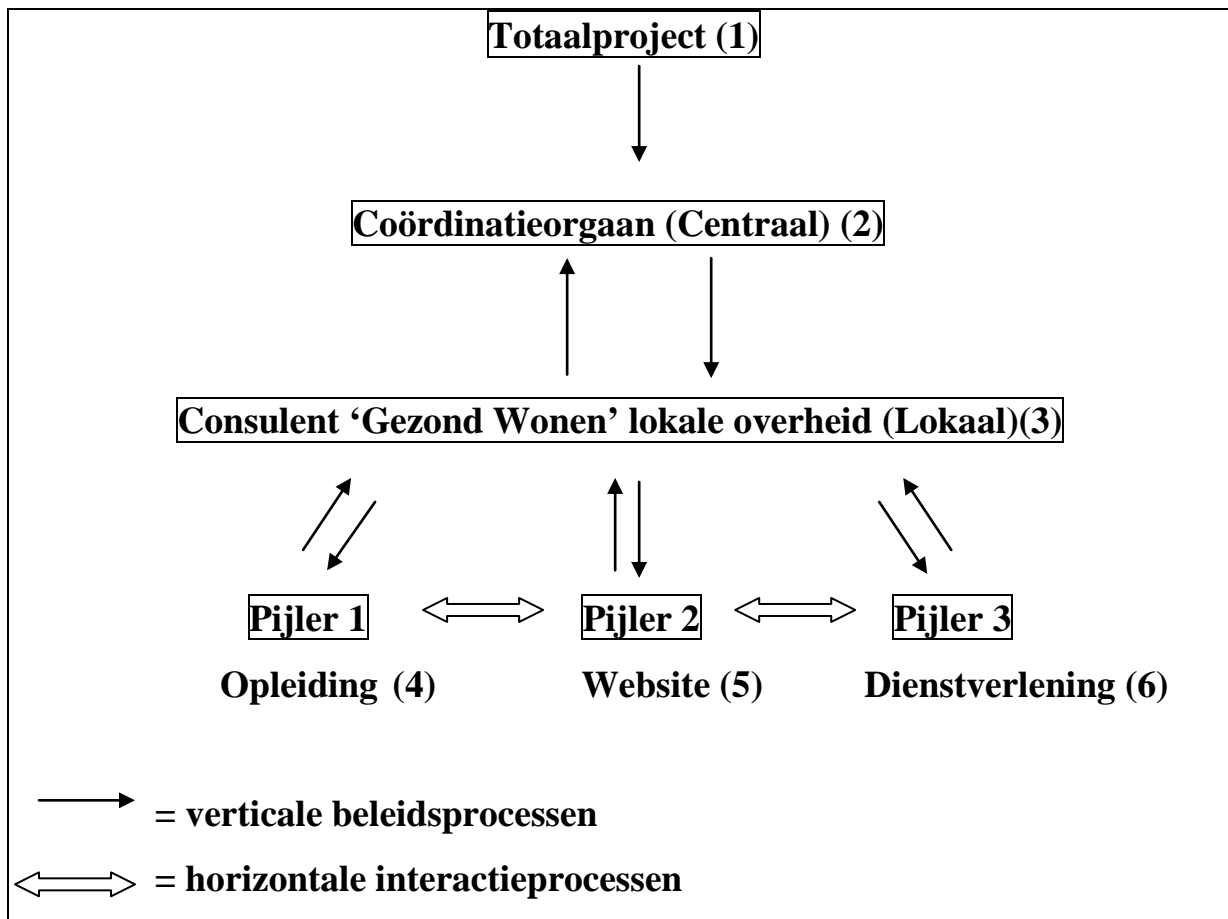
<b>Voordelen</b>	Laagdrempelig Gepersonaliseerd advies	Langetermijn- investering Makkelijk bijsturen	Doorgedreven integrale werking mogelijk Volledig bereik
<b>Beperkingen</b>	Toegang tot internet vereist Niet makkelijk om informatie- functie te overstijgen Advies is duur	Draagt dit bij tot betere hulpverlening? Beperkt aantal professionelen worden bereikt	Inbedding betekent zware investering Hoe integreren in administratie ?
<b>Gevolg voor normale werkwijze</b>	Minim, bestaande organisaties maken er gebruik van als ondersteunende dienst	Professionelen hebben de vrije keuze om deel te nemen aan dit aanbod	Door installatie nieuw aandachts- punt voor stedelijke ocmw's en/of huisvestingsdiensten
<b>Kenmerken</b>	Informatief Actief adviserend (48-uursfunctie) Docbank: samenbrengen alle kennis 'Gezondheid en Wonen'	Kennisverwerving om later te gebruiken in de praktijk	Personeelsuitbreiding Uitbreiding Competenties Coördinator: centrale sturing vanuit cel grootstedenbeleid
<b>Doelgroepen</b>	Professionelen Huisvesting, Gezondheid en Sociale sector	Professionelen met aandacht voor Gezondheid en Wonen (Huisvestingsconsulent)	Ocmw en huisvestingsdiensten en hun cliënteel Professionelen en beleidsverant- woordelijken Huisvesting, Gezondheid en Sociale sector
<b>Coördinatie</b>	Cel Grootstedenbeleid (Federale overheid)	Duidelijk beleidsniveau	Cel Grootstedenbeleid
<b>Tijdsplanning</b>	Middellange termijn (ontwikkeling website, werving personeel)  ++	Voor de toevoeging van lesmo- dules, moeten cursus en les- gevers georganiseerd worden Eerder korte termijn  ++	Vraagt eveneens een langere tijdsinvestering  ++++
<b>Registratie*</b>	Adviesaanvragen: aard, aantal en resultaten Bezoekers website	Audit mogelijk bij cursisten naast meting van resultaten op langere termijn	Via ocmw's en huisvestings- diensten zelf Cel Grootstedenbeleid
<b>Privacy**</b>	Cases adviesaanvragen anonimiseren	Niet van toe- passing	Reeds in huidige werking aanwezig
<b>Financieel</b>	Ontwikkeling en onderhoud website continue perso- neelskost (actief advies)  €€	Hier is sprake van een lage kost in verhou- ding tot andere oplossingen  €	Zware kost  €€€€
<b>Conclusie</b>	<b>Een redelijk éénvoudige ingreep in het aanbod voor het werkveld</b>	<b>Zeer zinvol scenario maar beperkt bereik</b>	<b>Gemeentediensten verstevigen die reeds een ervaring bezetten ten overstaande van wonen en welzijn Bewustvorming en politieke agendering mogelijk maken, Projectmatige aanpak</b>

+ => ++++ = mate van tijdsinvestering \* Registratie van gegevens om beleidsaanbevelingen en audit mogelijk te maken

\*\* Privacy van cliënten/patiënten moet ten allen tijde mbt de dienstverlening bewaard blijven

#### **Tabel 5 Factsheet 2 Scenario's**

Vervolgens kunnen we dit project schematisch voorstellen. Het gaat om een trans-disciplinaire, transversale structuur. Overal werden verticale en horizontale dwarsverbindingen aangebracht.



**Figuur 5 Totaalproject Gezondheid en Wonen**

(1) Het totaalproject kent slechts succes indien alle randvoorwaarden (2,3,4,5,6) voorhanden zijn. Het onderdeel dat het minst uitgewerkt wordt, zal als zwakste schakel wege op het succes van het project. Ook is er een duidelijke interactie tussen de onderdelen noodzakelijk voor het succes van het project.

(2) De coördinatie stuurt de lokale partners en zorgt voor de vertaling van beleidsaanbevelingen aangeleverd door lokale acties. Deze coördinatie gebeurt liefst op een beleidsniveau dat een helder zicht heeft en in verbinding kan staan met lokale overheden en organisaties.

(3) Deze consulent wordt lokaal geplaatst bij de gemeentes of ocmw's. Liefst nog vanuit een geïntegreerde visie (cfr. Sociaal Huis). Maatschappelijk Welzijn is een taak die moet waargenomen worden door deze lokale spelers. De gemeente en het ocmw kunnen snel op de bal spelen indien het gaat om praktische problemen rond gezondheid en wonen.

(4) Er wordt een opleiding ingericht die professionelen ertoe aanzet om functioneler om te gaan met gezondheid en wonen. Het gaat hierbij om een praktische opleiding ‘gezondheid en wonen’ die ook de functie pretendeert om professionelen samen te brengen. Instrumenten, wetgeving en richtlijnen behoren tot het lessenpakket, maar ruimte voor innovatie is noodzakelijk.

(5) Een website staat in voor informatie en advies, m.a.w. als information management- en consultancy-tool. Ook een forum waar professionelen elkaar ontmoeten en probleemoplossend kunnen handelen, behoort tot de mogelijkheden. Sensibilisering voor en promotie van deze website zijn determinanten voor het slagen van deze innovatie.

(6) De consulent ‘Gezondheid en Wonen’ staat in voor de effectieve, integrale en doortastende werking van problemen ‘Gezondheid en wonen’, waarmee professionelen in aanraking komen. Hij/zij kan professionelen uit de resp. sectoren bijeenbrengen, om oplossingen aan te geven die de dienstverlening kunnen verbeteren.

## ***5. Algemene Conclusie en Aanbevelingen***

Een **vragenlijst omtrent de dagelijkse praktijk** binnen de sectoren Welzijn, Gezondheidszorg en Huisvesting toont aan hoe hulpverleners op dit ogenblik omgaan met gezondheid en wonen. Een groot aantal professionelen gaat op huisbezoek. De redenen waarom men op huisbezoek gaat, zijn zeer divers. Echter een huisbezoek dat louter dient om de relatie tussen gezondheidsproblemen en de staat van de woning te bekijken, komt niet voor in onze bevraagde groep van organisaties; medewerkers stellen eerder op informele wijze vast of deze problemen voorkomen. Procedures voor detectie zijn vrijwel onbestaande. Binnen hun eigen werkingsgebied ontwikkelden welzijnsorganisaties zoals Kind en Gezin (e.a.) beperkte registraties. De organisaties vinden niet dat er bijkomende opleiding nodig is voor het detecteren van gezondheidsproblemen. Ze verwijzen naar de basisopleiding en bijscholingen. Dit is een andere tendens dan tijdens de rondetafelgesprekken waar bijkomende opleiding in het teken gezondheid en wonen als zeer noodzakelijk wordt gezien (infra). Enige complementariteit tussen de vragenlijsten en de rondetafelgesprekken biedt echter meer kansen voor een genuanceerde conclusie. De vragenlijsten werden immers ingevuld door professionelen in de praktijk. De sleutelpersonen op de rondetafelgesprekken situeren zich meer op het beleidsniveau. Tegengestelde posities vanwege deze twee groepen geven de breuk weer tussen het werkveld en het beleid.

Een tweede projectonderdeel betreft het opzoeken van **goede praktijken** (“good practices”). In een aantal landen besteedt men bijzondere aandacht aan de relatie tussen gezondheid en wonen. Vb. op het Noord-Amerikaanse continent werden een aantal initiatieven opgezet die reeds sterk georiënteerd zijn op samenwerking, trans-disciplinariteit en functionaliteit. In België zijn organisaties zoals het Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM) en het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn op conceptueel niveau reeds bezig rond gezondheid en wonen.

**De rondetafelgesprekken** geven een indicatie van wat er leeft in de sectoren Welzijn, Gezondheidszorg en Huisvesting omtrent een te ontwikkelen instrument/structuur dat de samenwerking tussen de Huisvestings- en gezondheidszorgsector zou kunnen ondersteunen.

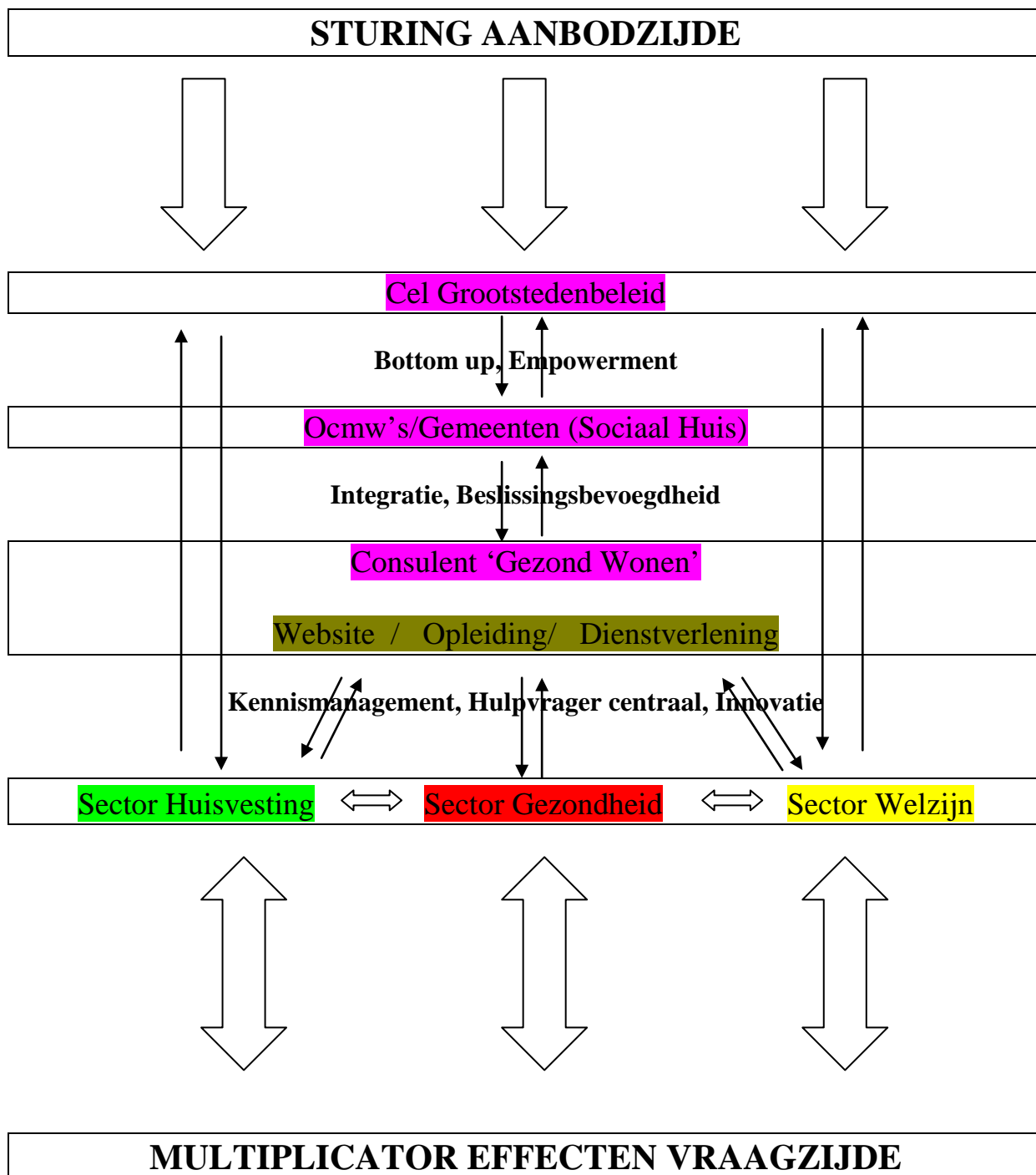
De structuur kan zich richten op het melden, het registreren, het doorverwijzen, het oplossen en het analyseren van problemen. Voorts kan het als infopunt informatie aanbieden en professionelen sensibiliseren. Verder kan het opleidingen voorzien omtrent gezondheid en wonen.

Deze **structuur** zal hulpverleners bewust moeten maken voor woon- en gezondheidsproblemen. Het moet ervoor zorgen dat ze deze problemen opmerken. Het moet hen overtuigen dat er iets kan aan gedaan worden. Daarenboven moet het hen stimuleren om deze problemen als ‘trigger’ te gebruiken voor het opstarten van een zoekprocedure naar oplossingen. Zo kan door middel van de structuur een multidisciplinair team samengeroepen worden (evtl. virtueel) bestaande uit diegene die detecteert + een andere organisatie die voor een oplossing kan zorgen. De hulpverleners gezondheid hebben reeds een traditie van interne samenwerking. Deze structuur heeft als taak de organisaties te sensibiliseren. Het moet aangeven dat het zinvol is deze problemen als een mogelijkheid (Cfr. ‘trigger’) te zien voor samenwerking. Tenslotte behoort het instaan voor de inventarisatie van de dienstverlenende organisaties in het veld van gezondheid en wonen, ook tot het takenpakket.

In een volgende fase werden 5 scenario’s ontwikkeld. 12 experten evalueerden deze scenario’s op hun haalbaarheid, toekomsteffecten en inhoud. Op basis daarvan weerhielden we 3 scenario’s in de vorm van een totaalproject ‘Gezondheid en Wonen’:

- Een lokale consulent Wonen en Gezondheid bij de gemeenten of ocmw’s, gestuurd vanuit een centrale instantie
- Een actieve, praktische opleiding voor professionelen
- Een informatieve en adviserende website

Figuur 6 geeft het proces weer waarin de problematiek van Gezondheid en Wonen moet geplaatst worden. Het dienstverlenende aanbod moet een structuur aannemen die de nodige effecten genereert in de vraagzijde:



Hierbij staan we een inclusieve, geïntegreerde en transdisciplinaire werking voor waarbij elke schakel zijn functie heeft. Dit leidt tot volgende beleidsaanbevelingen:



1. Men heeft voor de problematiek van gezondheid en wonen een ingebedde structuur nodig die bestaande structuren en organisaties nog versterkt en een brugfunctie heeft ten overstaande van verschillende bevoegdheidsniveaus. Het lokale niveau, vertegenwoordigd door ocmw's en gemeentebesturen, biedt mogelijkheden hiervoor. Daarnaast is een centrale sturing - ook ingebed - een noodzaak. We denken hierbij aan de POD Maatschappelijke Integratie binnen één van haar geledingen, in casu de Cel Grootstedenbeleid.
2. Er is nood aan een lokale structuur (niveau steden en gemeenten) waar organisaties en professionals uit de sectoren Gezondheid, Wonen en Welzijn elkaar kunnen ontmoeten. Een forum waar ze van gedachten en ervaringen kunnen wisselen om lokale problemen op te lossen. De pro-actieve website kan gebruikt worden om het contact te verstevigen. De basis wordt echter gelegd door de Consulent Gezond Wonen binnen de ocmw's en/of gemeentebesturen.
3. De nodige middelen moeten vrijgemaakt worden opdat dienstverlening mbt Gezondheid en Wonen kan verbeterd worden. Dit betekent dat op lokaal vlak middelen moeten beschikbaar worden. Door een ingebedde structuur - lokaal, met centrale sturing - zullen deze middelen ook functioneler ingezet kunnen worden.
4. Expertiseontwikkeling en –management zullen steeds aanwezig moeten zijn in elk initiatief dat ondernomen wordt. Kennis die bijdraagt aan een verbeterde dienstverlening en die professionals ondersteunt om moeilijke beslissingen te nemen, hoort inclusief bij een geïntegreerde netwerkbenadering. Het gaat om 'Knowledge Management'. De website, de opleiding en de ontwikkeling van 'good practices', gedragen door het lokale en centrale niveau, moeten 'Gezondheid en Wonen' tot een volwassen beleidsveld maken, echter bottom-up opgebouwd, vanuit het lokale werkveld.
5. Vandaag de dag is een netwerkbenadering bijna onontbeerlijk voor de ontwikkeling van een pro-actieve dienstverlening naar de cliënt toe. Het is waarschijnlijk de enige manier om complexe probleemsituaties daadwerkelijk dichterbij een oplossing te brengen.
6. Dit scenarioproject biedt tools en concepten aan om de dienstverlening bij te sturen en te optimaliseren. Dit neemt echter niet weg dat de structurele problemen die vandaag bestaan mbt. de krappe woonmarkt, huurdersconflicten, socio-economische zwakke (etnische) groepen daarom uit de weg moeten worden gegaan. Misschien biedt dit toekomstig project een uitgelezen kans om de bestaande grenzen van de dienstverlening te verleggen.

De **Mission statement** van het onderzoeksproject ‘Gezondheid en Wonen’ luidt dan ook:

De ontwikkeling van een permanente, ingebedde structuur =>

...die banden heeft met elk echelon (Lokaal/Regionaal/Centraal),

...die kan steunen op een voortdurende stroom van  
informatie en sensibilisering (o.a. website)

...die de expertise kan doorgeven en uitdragen (opleiding)

...die beroep kan doen op voldoende middelen

...die kan steunen op de goodwill van elk politiek niveau

## **6. Bibliografie**

### **Wetenschappelijke bronnen**

Andersson I (2005) Environment and Health, European Commission Joint Research Centre, European Environment Agency Copenhagen 35 p.

Barnes R (2003) Housing and Health Uncovered, Sheperd Bush Housing Association

Beschikking 1999/21/EG, Euratom van de Raad tot vaststelling van een meerjarenkaderprogramma voor acties in de energiesector (1998-2002) - PB L 7 van 13.1.1999 en Bull. 12-1998

Bonnefoy XR (2003) Housing and Health in Europe: Preliminary Results of a Pan-European Study 93(9),1559-63

Bonnefoy XR (e.a.) (2004) Fourth Ministerial Conference on Environment and Health: Review of Evidence on Housing and Health, Budapest 20 p.

Breyse P (2004) The Relationship between Housing and Health: Children at Risk. Environmental Health Perspectives 122, 15: 1583-88

De Spiegelaere M (2004) Actieonderzoek 'Gezondheid en Huisvesting' De inbreng van de Huisartsen Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 147 p.

Dunn JR (2002) Housing and inequalities in Health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. Journal Epidemiological Community Health 56: 671-681

Foord M Simic P (2001) A sustainable approach to planning housing and social care: if not now, when? Health and Social Care in the Community 9(3), 168-76

Franklin BJ (1998) Forms and functions: assessing housing need in the community care context, Health and Social Care in the Community 6(6), 420-428

Frieze IH (2003) Journal of Social Issues, The Residential Context of Health, Volume 59,3

Hubeau B (e.a.) (2006) Jaarverslag 2005, Vlaamse Ombudsdienst, Arte-Print 286 p.

- Jacobs DE (2005) A Qualitative review of Housing Hazard Assessment protocols in the United States Environmental Research, Article in Press
- Jonckheer P (2005) Etude Relative à la faisabilité d'une formation en santé environnementale en Belgique, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement 38 p.
- Lauder W Anderson I Barclay A (2005) Housing and self-neglect: The responses of health, social care and environmental health agencies 19(4): 317-325
- Legiest E, Willems S (2004) Gezondheid in Grote Steden Eindrapport Universiteit Gent 250 p.
- Schamp E (e.a.) (2000) Gezondheid en Leefmilieu Verslagen van het Forum 17 en 18 februari 2000 BIM J-P Hannequart 105 p.
- Sluijs E De Bakker D (1999) Een zoektocht naar nieuwe samenwerkingsvormen, Kwaliteit in Beeld 9(4):2-5
- Takano T Nakamura K (2001) An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. Journal Epidemiological Health 55;263-270
- Thomson H (2001) Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. British Medical Journal 323; 187-90
- Vander Auwera C (2006) Wonen en Gezondheid, Artoos Kampenhout 175 p.
- Verkleij H Verheij RA (eds) Zorg in grote steden Stafleu en van Loghum, Houten 168 p.
- Von Schirnding Y (2000) Addressing the Links between Indoor Air Pollution, Household Energy and Human Health, WHO Washington D.C. 51 p.
- WHO (2004) Wohngesundheit – Erste Ergebnisse einer Studie der WHO, Umwelt medizin gesellschaft 17(3)

## **Niet-wetenschappelijke bronnen**

Jaarverslag 2005, Ocmw Antwerpen

Jaarverslag 2005, Ocmw Gent

Jaarverslag 2005, Dienst Huisvesting Stad Gent

Jaarverslag 2005, Stedelijke Woondienst

Binnenhuismilieubesluit Rapportage 2005, Vlaams Agentschap Zorg&Gezondheid

Brochure Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling (CRIPI)

Jaarverslag 2005 Kenniscentrum Grote steden

Praktisch Handleiding bij het Binnenhuismilieubesluit, LOGO en MMK

Model Handelingsprotocol & randvoorwaarden zorgprogramma's, NIWZ

## **Internetbronnen**

[www.mmk.be](http://www.mmk.be)

[www.ibgebim.be](http://www.ibgebim.be)

[www.sami.be](http://www.sami.be)

[www.ocmwgent.be](http://www.ocmwgent.be)

[www.ocmw.antwerpen.be/huisvesting.htm](http://www.ocmw.antwerpen.be/huisvesting.htm)

[www.cpasbru.irisnet.be/](http://www.cpasbru.irisnet.be/)

[www.cpasdeliege.be/s\\_rel\\_log.php](http://www.cpasdeliege.be/s_rel_log.php)

[www.liege.be/cadreslg/cadlogem.htm](http://www.liege.be/cadreslg/cadlogem.htm)

[www.grootstedenbeleid.be](http://www.grootstedenbeleid.be)

[www.hetkenniscentrum.nl](http://www.hetkenniscentrum.nl)

## **7. Bijlagen**

<b>Bijlage 7.1:</b>	<b>Voorbeeld vragenlijst</b>
<b>Bijlage 7.2:</b>	<b>Templates ‘Goede praktijken’</b>
<b>Bijlage 7.3:</b>	<b>Voorbeeld Topiclijst</b>
<b>Bijlage 7.4:</b>	<b>Website Kenniscentrum Grote Steden (NL)</b>
<b>Bijlage 7.5:</b>	<b>Medisch Milieukundigen</b>
<b>Bijlage 7.6:</b>	<b>Voorstel van resolutie betreffende milieu en gezondheid Vlaamse parlement</b>
<b>Bijlage 7.7:</b>	<b>Handelingen Vlaamse Parlement (betreffende MMK’s)</b>
<b>Bijlage 7.8:</b>	<b>CRIPI (Brussel)</b>
<b>Bijlage 7.9:</b>	<b>SAMI (Luik)</b>
<b>Bijlage 7.10:</b>	<b>Structuur OCMW</b>
<b>Bijlage 7.11:</b>	<b>Structuur Huisvestingsdienst</b>

## Bijlage 7.1 : Vragenlijst Gezondheid en Wonen

Geachte,

Hieronder willen wij u graag een aantal vragen voorleggen over hoe binnen uw organisatie hulp- of zorgverleners woonproblemen en/of gezondheidsproblemen detecteren en op welke manier deze gerapporteerd worden.

Mogelijks zijn binnen uw organisatie verschillende afdelingen of diensten actief. Mogen wij vragen om in dat geval het vragenlijstje in te vullen voor elke afdeling of dienst apart?

U kan de ingevulde vragenlijst terugbezorgen via e-mail ([tomas.mainil@ugent.be](mailto:tomas.mainil@ugent.be)) of desgewenst naar het adres:

**Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg,**

**De Pintelaan 185, 1K3**

**9000 Gent**

Alvast bedankt voor uw waardevolle bijdrage!

In naam van het onderzoeksteam,

Lic. Tomas Mainil

Naam van de organisatie: .....

Eventueel naam van de afdeling: .....

**1. Welke medewerkers binnen uw organisatie (of dienst) gaan op huisbezoek bij cliënten/patiënten? (bv. sociaal verpleegkundige,...)**

Omschrijving **medewerker 1** – profiel:

.....

Omschrijving **medewerker 2** – profiel:

.....

Omschrijving **medewerker 3** – profiel:

.....

**In het kader van welke zorg- of dienstverlening gebeurt dit? (bv. intakegesprek, kraambezoek, ...)**

**Medewerker 1:**

.....  
.....  
.....  
.....

Bij hoeveel gezinnen legt deze medewerker één of meerdere huisbezoeken af per jaar, m.a.w. in hoeveel woningen komt hij/zij per jaar?

Ongeveer ..... gezinnen/woningen per jaar

**Medewerker 2:**

.....  
.....  
.....  
.....

Bij hoeveel gezinnen legt deze medewerker één of meerdere huisbezoeken af per jaar, m.a.w. in hoeveel woningen komt hij/zij per jaar?

Ongeveer ..... gezinnen/woningen per jaar

**Medewerker 3:**

.....  
.....  
.....  
.....

Bij hoeveel gezinnen legt deze medewerker één of meerdere huisbezoeken af per jaar, m.a.w. in hoeveel woningen komt hij/zij per jaar?

Ongeveer ..... gezinnen/woningen per jaar

**2. Stellen deze medewerkers tijdens een huisbezoek soms vast dat er zich gezondheids- of woonproblemen voordoen?**

vb. onaangepaste woning, problemen i.v.m. veiligheid, problemen i.v.m. woonkwaliteit,...

**Medewerker 1:**

- ☐ nooit
- ☐ zelden
- ☐ regelmatig

Kan u uw antwoord toelichten ?

.....  
.....  
.....  
.....

**Medewerker 2:**

- ☐ nooit
- ☐ zelden
- ☐ regelmatig



Kan u uw antwoord toelichten ?

.....  
.....  
.....  
.....

**Medewerker 3:**

- ☐ nooit
- ☐ zelden
- ☐ regelmatig

Kan u uw antwoord toelichten ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Indien medewerkers tijdens een huisbezoek merken dat er zich gezondheids- of woonproblemen voordoen, **registreren zij dit dan?**

- ☐ Neen, zij registreren deze problemen niet
- ☐ Ja, zij registreren deze problemen
  - ☐ zij gebruiken hierbij een registratieformulier of -instrument
  - ☐ zij registreren dit op hun persoonlijke manier (vb. in een persoonlijk notitieboekje)

Kan u uw antwoord nader toelichten?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Wat gebeurt er met de informatie die zij registreren?

**Naar wie rapporteren zij deze problemen ?**

.....  
.....  
.....

**Volgen zij bij het rapporteren van deze problemen gestandaardiseerde procedures of protocollen?**

- ☐ Neen
- ☐ Ja

Kan u uw antwoord nader toelichten?

.....

.....

.....

.....

Bent u **tevreden met de manier waarop deze problemen i.v.m. woon- of leefomstandigheden kunnen gerapporteerd worden binnen uw organisatie**? Wat vindt u goed en wat minder goed aan de manier waarop deze problemen gerapporteerd worden?

.....

.....

.....

.....

5. Hebt u het gevoel dat de medewerkers van uw organisatie of dienst **voldoende zijn opgeleid**, hetzij in hun basisopleiding of via bijscholing, **om een detectie- en/of rapporteringsfunctie i.v.m. gezondheids- en woonproblemen op te nemen**?

Zo ja, kunt u beschrijven hoe de medewerkers hiervoor werden/worden opgeleid?

Zo nee, ervaart u dit als een gemis? Kunt u misschien beschrijven hoe de medewerkers in uw organisatie of dienst er volgens u beter op voorbereid kunnen worden?

☐ Ja, voor de medewerkers is er voldoende opleiding voorzien om deze functie op te nemen

Welk opleidingsonderdeel in de basisopleiding of welke bijscholing was in dit kader bijzonder zinvol?

.....

.....

☐ Nee, voor de medewerkers is er niet voldoende opleiding voorzien om deze functie op te nemen

Kan u beschrijven welke informatie / vaardigheden zij specifiek missen?

.....

.....

.....

.....

Hoe zouden zij bijkomend voorbereid kunnen worden op deze detectie- en/of rapporteringsfunctie?

.....

.....

## Bijlage 7.2 : Templates Goede Praktijken

Field name	Obligation
Title	Meldingssysteem "Breathe Easy at Home".
Author	Thomas M. Menino
Publication date	03 2006
Project start date	2006
Project end date	NVT
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Professionele, multidisciplinaire samenwerking en doorverwijzing met het oog op astmapreventie.
Summary	De samenwerking "Breathe Easy At Home" tussen de huisvestingsinspectiediensten van de stad en de medische gemeenschap stelt de artsen in staat in hun kabinet via het internet de inspectiediensten te contacteren. De doorverwijzende arts ontvangt dan volledig automatisch e-mailupdates over de afhandeling van de zaak en heeft online toegang tot al zijn meldingen. De huisvestingsinspecteurs van de stad bezoeken de woning van de patiënt en speuren naar inbreuken op de woonwet die tevens astma uitlokken, bijvoorbeeld de aanwezigheid van schimmel, kakkerlakken of knaagdieren; een gebrekkige verluchting; een gebrekkige hygiëne; sigarettenrook; ongezonde tapijten... Dit doorverwijzingssysteem stelt de medische diensten en de stedelijke huisvestingsinspecteurs dus in staat samen te werken om de astmapatiënten van Boston zowel medische als niet-medische hulp te bieden.
Issue	De preventie, de verzorging en de behandeling van astma vereisen een multidisciplinaire aanpak.
Results	NVT
Approach	<p>Het elektronische onlinemeldingssysteem "Breathe Easy at Home" werkt als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medisch personeel stelt astmadiagnose en vraagt toelating van de patiënt om aanvraag tot inspectie van de woning in te dienen.</li> <li>➤ Aanvraag wordt online verzonden en ISD plant inspectie van de woning.</li> <li>➤ Inspecteur voert volledige controle van het eigendom uit en formuleert aanbevelingen.</li> <li>➤ Eigenaar wordt in kennis gesteld van de bevindingen van de inspecteurs en krijgt de tijd om de inbreuken te verhelpen.</li> <li>➤ Inspecteur voert tweede controle uit om na te gaan of aan alle inbreuken is verholpen.</li> <li>➤ Inbreuken die niet verholpen zijn, worden aangeklaagd en behandeld door de Housing Court (huisvestingsrechtbank) van Boston op basis van een brief van de doorverwijzende arts.</li> </ul>
Resources and skills	<a href="http://www.cityofboston.gov/isd/bmc">http://www.cityofboston.gov/isd/bmc</a> .
Location	Boston.
Beneficiaries	Astmapatiënten en hun familieleden.
EU involvement	O
Contact	<p>Internisten die willen toetreden tot het meldingsnetwerk "Breathe Easy", zullen kunnen doorverwijzen via "Breathe Easy at Home". Inschrijven kan op de volgende website: <a href="http://www.cityofboston.gov/isd/bmc">http://www.cityofboston.gov/isd/bmc</a>.</p> <p>Bewoners zonder artsenverwijzing kunnen contact opnemen met de Commissie Volksgezondheid van Boston voor een Breathe-Easyhuisvestingsinspectie @ 617-534-5966 of <a href="mailto:asthma@bphc.org">asthma@bphc.org</a>.</p> <p>Mocht u problemen ondervinden of meer informatie wensen, gelieve dan de Huisvestingsdienst te contacteren op 617-635-5322.</p>

Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	CAISI-project (Client Access to Integrated Services and Information).
Author	
Publication date	24 juli 2006
Project start date	1999
Project end date	Loopt nog.
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Uitbreiden van de daklozenzorg met de uiteindelijke bedoeling de daklozen gemakkelijker van de straat en uit de opvangtehuizen te halen en onder te brengen in een woning.
Summary	<p>1 Integratie op het niveau van het individu</p> <p>Op het niveau van het individu verwijst integratie naar de uitbreiding van de daklozenzorg met de uiteindelijke bedoeling hun verhuis van de straat en de opvangtehuizen naar een woning vlotter te doen verlopen. Die verhuis kan als volgt worden vergemakkelijkt:</p> <p>1) Vaststelling in een vroeg stadium en passende doorverwijzing – dat wil zeggen chronische gezondheids- en sociale problemen vaststellen in een vroeg stadium en de slachtoffers verwijzen naar de gemeenschapsprogramma's en opvangplaatsen die het best zijn uitgerust om hen te helpen. 2) Hulp van meerdere diensten tegelijk – dat houdt in dat daklozen bij verschillende diensten moeten terechtkunnen die allemaal met hetzelfde beheersplan werken. 3) Ondersteunen van de verhuis van straten en opvangtehuizen naar een woning – wat wil zeggen dat de integratie op het niveau van het individu wordt beheerst door het uiteindelijke doel een einde te maken aan het daklozenstatuut van de betrokkene.</p> <p>2. Integratie op het niveau van de bevolking</p> <p>1) Beoordeling van de real-timebehoeften – wat inhoudt dat de betrokken diensten dankzij het CAISI-systeem met een druk op een knop kunnen opvragen hoeveel daklozen zich op de straat of in opvanghuizen bevinden met een zware mentale stoornis, een verslaving of een handicap. 2) Real-timevoorspraak – pleitbezorgers van mensen die ijveren voor de uitroeiing van de dakloosheid, hebben toegang tot gegevens zoals hierboven beschreven teneinde beter te kunnen pleiten voor systemische veranderingen om chronische dakloosheid uit de wereld te helpen, zoals een beter ondersteunende huisvesting en middelen om een einde te maken aan de dakloosheid. 3) Instrumentarium Volksgezondheid – het CAISI-systeem voorziet in nuttige instrumenten voor tbc-controle (bv. kennis van latente tbc-infecties op individueel en bevolkingsniveau), planning van griep- en pneumokokkenvaccinaties (kennis van de immunisatiegraad onder de daklozen en in subgroepen van de daklozen), pandemieplanning / uitbraakbeheersing (blootstellingsgegevens zoals lijsten van wie potentieel werd blootgesteld aan tbc of andere infectieziekten, via gedetailleerde programmaverslagen of overzichten van ziekenhuisopnames).</p>
Issue	Het CAISI-project mikt op een verbetering van het lot van de chronisch daklozen door een uitbreiding van de integratie van de zorgverlening onder de verschillende diensten op het individuele en het bevolkingsniveau met behulp van een elektronisch informatiesysteem.
Results	Operationeel niveau bereikt.
Approach	NVT
Resources and skills	<a href="http://www.caisi.ca/index.html">http://www.caisi.ca/index.html</a>
Location	Volksgezondheid Toronto.

Beneficiaries <input type="checkbox"/> De daklozen.  De daklozen.	<input type="checkbox"/> EU involvement <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Dr. Philip Berger, Chief Department of Family and Community Medicine St. Michael's Hospital 30 Bond Street Toronto, ON M5B 1W8  EU involvement
Contact	Dr. Philip Berger, Chief Department of Family and Community Medicine St. Michael's Hospital 30 Bond Street Toronto, ON M5B 1W8  BergerP@smh.toronto.on.ca <BergerP@smh.toronto.on.ca>
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Team Geestelijke Gezondheid/Hulpverlening (tak "Gezondheid en Sociale Bijstand" van de afdeling "Gemeenschapsdiensten" van de stad Hamilton).
Author	Valine Vaillancourt
Publication date	/
Project start date	
Project end date	Loopt nog.
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Gezondheid, huisvesting en sociale dienstverlening toegankelijk maken.
Summary	<p>Uitbouwen van betrekkingen met de daklozen op de straten en in de opvanghuizen die geen toegang hebben tot de sociale en de gezondheidsdiensten.</p> <p>De daklozen helpen toegang te krijgen tot voeding, vervoer, huisvesting, werk en financiële middelen.</p> <p>Aanleren en promoten van schadebeperkend gedrag.</p> <p>Uitbouwen van een band die leidt tot vertrouwen en aanvaarding.</p>
Issue	Gemarginaliseerde bevolkingsgroepen aanspreken en ze helpen toegang te krijgen tot gezondheid, huisvesting en sociale diensten.
Resultss	Operationele dienst met effectieve hulpverlening.
Approach	Een team opleiden om te leren werken in het systeem, waar iedereen, iedere schakel er niet is met het oog op individueel profijt of individuele erkenning, maar om bij te dragen tot het systeem in zijn geheel op een win-winbasis.
Resources and skills	Tak "Gezondheid en Sociale Bijstand" van de afdeling "Gemeenschapsdiensten" van de stad Hamilton.
Location	Stad Hamilton, Ontario, Canada.
Beneficiaries	Daklozen, drugsverslaafden, geestelijk gehandicapten.
EU involvement	O
Contact	<p>Valine Vaillancourt  Manager Mental Health/Outreach Team  Health and Social Supports Branch  Community Services Department  City of Hamilton  905-546-3597</p> <p>vvaillan@hamilton.ca</p>
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Minnesota Visiting Nurse Agency (thuisverpleging).
Author	Mary Ann Blade.
Publication date	2005
Project start date	NVT
Project end date	NVT
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	De MVNA-medewerkers bieden een volledige verzorgingswaaier ten huize van de patiënt aan.
Summary	Het verplegend personeel volgt een speciale opleiding om zijn klinische en technische vaardigheden bij te werken. De patiënten kunnen op beide oren slapen dat onze verzorging thuis veilig en efficiënt is en inzake klinische kwaliteit voldoet aan de normen van de courante medische praktijk.
Issue	Controleren van omgeving en gezondheid bij de patiënten thuis.
Resultss	NVT
Approach	<p>De diensten omvatten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskundige observatie en beoordeling van: vitale signalen, reactie op medicijnen en behandelingen, alsook voorlichting over hoe men thuis veilig kan omgaan met diverse acute/chronische ziekten of handicaps.</li> <li>• Postchirurgische en wondverzorging, bloedafnames.</li> <li>• Omgang met stoelgang en incontinentie.</li> <li>• Richtlijnen voor de verzorging van diabetes, hart- en ademhalingsproblemen.</li> <li>• Toediening van intramusculaire / subcutane injecties.</li> <li>• Voorlichting over / toediening van intraveneuze therapieën.</li> <li>• Voorlichting over verzorging ostomie, ileostomie, colostomie.</li> <li>• Voorlichting over gastrische voedingssondes.</li> <li>• Verzorging van terminaal zieke patiënten.</li> </ul> <p>Het MVNA biedt tevens de volgende diensten en programma's aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*specifieke professionele begeleiding door verpleegkundigen;</li> <li>*controle van de veiligheid in woningen van senioren;</li> <li>*gespecialiseerde palliatieve zorgen en pijnbeheersing;</li> <li>*lichaamstherapie, spraaktherapie, bezigheidstherapie en medische sociale werkers;</li> <li>*gezondheidshulp thuis;</li> <li>*verplegingsprogramma South East Senior- Block;</li> <li>*verzorging in tehuis (onder licentie).</li> </ul>
Resources and skills	<a href="http://www.mvna.org">http://www.mvna.org</a>
Location	Minnesota (VS).
Beneficiaries	Patiënten die thuis worden verzorgd in Minnesota en omstreken.
EU involvement	O
Contact	Minnesota Visiting Nurse Agency, 3433 Broadway Street NE, Suite 300, Minneapolis, MN 55413; 612-617-4600 (tel), 612-617-4659 (fax) Blade, Mary Ann
Content Type	M
Territory	O



Field name	Obligation
Title	Huisvesting en gezondheid in Auckland.
Author	Jenny Rankine
Publication date	2005
Project start date	1996
Project end date	Loopt nog.
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	De regionale dienst Volksgezondheid van Auckland onderzoekt de huisvesting als bepalende factor voor de gezondheid in de regio Auckland.
Summary	Dit rapport is geschreven voor medewerkers van volksgezondheid en gezondheidswerkers in het algemeen, voor de lokale overheid en voor organisaties die van ver of van dichtbij iets te maken hebben met de huisvestingsproblematiek. Het geeft een overzicht van de huidige kennis, identificeert de lacunes en somt een aantal interventies op die voorgesteld, elders geprobeerd of in de regio uitgetest zijn.
Issue	"Gezondheid en huisvesting" op de agenda plaatsen.
Resultss	Rapport over "stand van zaken" met betrekking tot gezondheid en huisvesting.
Approach	NVT
Resources and skills	Regionale dienst Volksgezondheid van Auckland.
Location	Auckland, Nieuw-Zeeland.
Beneficiaries	Inwoners van de stad Auckland.
EU involvement	O
Contact	<b>Adres hoofdzetel</b> Cornwall Complex, Floor 2 Building 15, Greenlane Clinical Centre Auckland  Tel. : (+64 9) 623 4600  <a href="http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy_Housing.asp">http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy_Housing.asp</a>
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Het project Seattle-King County Health Homes.
Author	James W. Krieger.
Publication date	April 2005 (American Journal of Public Health).
Project start date	2000
Project end date	2001
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Toepassing van een globale aanpak ter verbetering van de kwaliteit van de binnenhuisomgeving voor kinderen met astma in gezinnen met een laag inkomen.
Summary	De incidentie van astma bij kinderen stijgt, in de eerste plaats in gezinnen met een laag inkomen en in de gekleurde gezinnen. De blootstelling aan astma-triggers in de woning speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling en verergering van astma. Wij beschrijven de toepassing van het project Seattle–King County Healthy Homes, een willekeurig en gecontroleerd experiment met een hulp-/voorlichtingsprogramma om de astmagerelateerde gezondheid te verbeteren door de blootstelling aan allergenen en prikkelende stoffen in de woning te beperken. We wezen 274 kinderen met astma in de leeftijdscategorie 4-12 jaar uit gezinnen met een laag inkomen volledig willekeurig toe aan een hoge-intensiteitsgroep en een lage-intensiteitsgroep. In de hoge-intensiteitsgroep voerden gemeentelijke gezondheidswerkers, Community Home Environmental Specialists (CHES) genoemd, een eerste onderzoek van de woning uit, stelden geïndividualiseerde actieplannen voor en bleven de deelnemers een jaar lang bezoeken om voorlichting en sociale ondersteuning te geven, om de acties van de deelnemers aan te moedigen, om materiaal te leveren dat de blootstelling vermindert (met inbegrip van dekbedden), om te helpen bij de verdelging van kakkerlakken en ongedierte, en om te pleiten voor verbeterde woonomstandigheden. De leden van de lage-intensiteitsgroep moesten het stellen met de begincontrole, het woningactieplan, een beperkte voorlichting tijdens het evaluatiebezoek en dekbedden.
Issue	Verbeteren van de kwaliteit van de binnenhuisomgeving van kinderen met astma in gezinnen met een laag inkomen.
Results	De gemeentelijke gezondheidswerkers verminderden het aantal dagen met astmasymptomen en de spoedinterventies en verbeterden de levenskwaliteit van de thuisverzorger. De verbetering was opvallender in de hoge-intensiteitsgroep.
Approach	Het SKCHH-project werkte met een geïntegreerde aanpak om de blootstelling aan astma-triggers en andere binnenhuisrisico's te verminderen. We legden uit dat een beperkt aantal onderliggende omstandigheden zoals overmatig vocht, stof, tapijten, structurele gebreken en huishoudelijke netheid verantwoordelijk was voor de blootstelling aan veel van de risico's. We werkten samen met de deelnemers aan de toepassing van eenvoudige, goedkope en duurzame maatregelen om deze onderliggende omstandigheden aan te pakken en namen meer specifieke maatregelen tegen bijzondere blootstellingen. Met het oog op een duurzame aanpak gingen we ervanuit dat we de deelnemers beter konden helpen door kennis en instrumenten aan te reiken en ze aan te moedigen om maatregelen te nemen dan door alles zelf in hun plaats te doen.
Resources and skills	Volksgesondheid – Seattle and King County
Location	Seattle
Beneficiaries	Kinderen met astma.
EU involvement	O
Contact	J. Krieger; Public Health – Seattle & King County, 999 Third Avenue, Ste. 1200, Seattle, WA 98104 USA. Telefoon: (206) 296-6817 E-mail james.krieger@metrokc.gov
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Healthy Homes Program (VS).
Author	
Publication date	24 juli 2006
Project start date	1999
Project end date	Loopt nog.
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	In de begroting van 1999 stelde het Ministerie van Huisvesting en Stadsontwikkeling een zogeheten "Health Homes Initiative" (HHI) voor, een plan dat kinderen moet beschermen tegen woonomstandigheden die verantwoordelijk zijn voor diverse ziekten en letsels.
Summary	De ervaring van Huisvesting en Stadsontwikkeling met loodvergiftiging bij kinderen is een goed voorbeeld. De oplossing van dit volksgezondheidsprobleem ligt in de correctie van de woonomstandigheden (gebruik van loodhoudende verf). Het subsidiëringsprogramma van Huisvesting en Stadsontwikkeling om de gevaren van loodhoudende verf onder controle te krijgen vereist dat de huisvestings- en gezondheidsdiensten op lokaal niveau samenwerken met elkaar en met gemeenschapsgroepen om de noodzakelijke diensten te verlenen. De gemeenschappen die tot een goede coördinatie zijn gekomen, hebben een efficiënt programma uitgewerkt; de gemeenschappen die het "in hun eentje" hebben geprobeerd door het programma te beperken tot een lokale huisvestings- of gezondheidsdienst, werden geconfronteerd met grote vertragingen in de toepassing en met andere problemen.
Issue	Het HHI maakt deel uit van de inspanningen van de regering om in te spelen op de speciale omgevingsgebonden gezondheids- en veiligheidsnoden van kinderen in het kader van Executive Order 13045: Children's Environmental Health Risks and Safety Risks (omgevingsgebonden gezondheids- en veiligheidsrisico's voor kinderen). Aan de woning gerelateerde ziekten en letsels eisen hun tol bij kinderen.
Results	Sinds 1999 wordt in het kader van het HHI 21,2 miljoen dollar uitgetrokken voor demonstratie en voorlichting, 6,4 miljoen dollar voor technische studies (onderzoek) en 4 miljoen dollar voor de bestrijding van schimmels en vocht. De toelagen variëren van 250.000 tot 1.500.000 dollar. Subsidiëringswedstrijden leverden tot vandaag in totaal 41 subsidies op in de volgende categorieën: demonstratieprojecten – voorlichtingsprojecten – technische studies (onderzoek) – schimmel- en vochtbestrijding.
Approach	Het HHI is ontwikkeld als uitbreiding van de bestaande activiteiten van het Ministerie inzake woongebonden gezondheids- en veiligheidsproblemen, met inbegrip van het gevaar van loodvergiftiging, de structurele veiligheid (stevigheid) van het gebouw, de elektrische veiligheid, de brandveiligheid, enzovoort, om de problematiek van woongebonden ziekten en letsels bij kinderen op een bredere basis aan te pakken. Het Ministerie zal het plan aanpassen naarmate er meer gegevens binnenlopen over het verband tussen een gebrekkige huisvesting en gezondheidsrisico's en meer feedback over de efficiëntste manier om het initiatief in de praktijk te brengen.
Resources and skills	<a href="http://www.hud.gov/offices/lead/hhi/index.cfm">http://www.hud.gov/offices/lead/hhi/index.cfm</a>
Location	U.S. Department of Housing and Urban Development 451 7th Street S.W., Washington, DC 20410 Telefoon: (202) 708-1112 TTY: (202) 708-1455
Beneficiaries	Kinderen en inwoners van de VS.
EU involvement	O
Contact	Peter Ashley, DrPH U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) Office of Healthy Homes and Lead Hazard Control Room P3206 451 7th Street, SW Washington, D.C. 20410 Fax: 202 755-1000 <a href="mailto:Peter.J.Ashley@hud.gov">Peter.J.Ashley@hud.gov</a> or <a href="mailto:Emily.E.Williams@hud.gov">Emily.E.Williams@hud.gov</a>

Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Het Lead Abatement Strike Team (LAST) van Philadelphia.
Author	Carla Campbell
Publication date	24 juli 2006
Project start date	2002
Project end date	2004
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Sociopedagogische en socioprofessionele begeleiding van de nieuwkomers in de gemeente.
Summary	Het Lead Abatement Strike Team (LAST) werd in 2002 opgericht door de Dienst Volksgezondheid van Philadelphia (PDPH) als reactie op de onrust onder de bevolking met betrekking tot de behandeling van kinderen met een hoog loodgehalte in het bloed (EBLL). Duizendvierhonderd oude eigendommen (waar minstens één EBLL-kind woonde) bleken na inspectie een loodvergiftigingsrisico te vertegenwoordigen waarvoor geen bevredigende oplossing (beheersing van het loodvergiftigingsgevaar) was gevonden. In de eerste twee jaar van zijn bestaan identificeerde LAST ook nog eens 834 nieuwe huizen. De toegenomen aandacht voor dit probleem, deels ingegeven door pleitbezorgers uit de gemeenschap zelf, leidde tot de toewijzing van 1,5 miljoen dollar voor de sanering van de woningen.
Issue	Het gezondheidsrapport van de kinderen verbeteren met betrekking tot het loodgehalte in hun bloed.
Results	In de eerste twee jaar van het LAST-programma werden 1037 eigendommen (zowel oude als nieuwe woningen), waar 1476 kinderen woonden, gesaneerd, wat een aanzienlijke stijging van de saneringscapaciteit vertegenwoordigde.
Approach	Er werd een actieteam samengesteld dat bestond uit gezondheids-, huisvestings- en andere medewerkers. De verplichting tot sanering van eigendommen met gevaar voor loodvergiftiging werd ondersteund door de oprichting van een zogeheten "Loodhof", een speciale rechtbank die zich uitsluitend bezighield met gevallen waarin de eigenaars een inbreuk hadden gepleegd op de lokale wetten ter preventie van loodvergiftiging. De aanstelling van een groep door Pennsylvania erkende loodsaneringsbedrijven, de uitbreiding van het saneringsteam van de dienst Volksgezondheid, de terbeschikkingstelling van tijdelijke onderkomens en de financiering van essentiële herstellingen aan de huizen waren cruciaal voor een snelle sanering.
Resources and skills	<a href="http://www.phila.gov/health/units/lead/index.html">http://www.phila.gov/health/units/lead/index.html</a>
Location	Stad Philadelphia.
Beneficiaries	Kinderen met een hoog loodgehalte in het bloed.
EU involvement	O
Contact	Correspondentieadres: Carla Campbell, MD, MS, Childhood Lead Poisoning Prevention Program, Philadelphia Department of Public Health, Philadelphia Nursing Home, Bldg. 3, 2100 West Girard Ave., Philadelphia, PA 19130-1400; tel. 215-685-2795; fax 215-685-2978; e-mail <Carla.Campbell@phila.gov>.
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Ontwikkeling National Healthy Homes Training Center and Network, VS.
Author	Rebecca L. Morley
Publication date	2006
Project start date	2003
Project end date	Loopt nog.
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Het National Healthy Homes Training Center and Network voorziet in een multidisciplinaire opleiding van milieu-, gezondheids- en huisvestingsspecialisten rond "gezond wonen".
Summary	<p>Het opleidingsproject houdt rekening met de wetenschappelijke bewijzen voor het verband tussen huisvesting en gezondheid; de risicoprevalentie en de last van bijbehorende ziekten of letsels; en de beschikbaarheid van praktische, goedkope en betrouwbare methodes en protocollen voor de beoordeling en de bestrijding van woongebonden gezondheids- en veiligheidsrisico's.</p> <p>Voor de deelnemers is het opleidingscentrum een ideale gelegenheid om hun kennis van de basisprincipes van gezond wonen bij te werken; een forum voor de uitwisseling van informatie over strategieën voor een gezonde huisvesting; een mechanisme om nieuw onderzoek in de praktijk toe te passen; en een gelegenheid om netwerken, samenwerkingsverbanden en partnerships op te bouwen.</p>
Issue	De overkoepelende doelstelling van het project, dat gefinancierd wordt door de Amerikaanse Centra voor Ziektebeheersing en Preventie (CDC's) en het Amerikaanse Ministerie van Huisvesting en Stadsontwikkeling, bestaat erin de bekwaamheid van het gezondheids-, milieu- en huisvestingspersoneel op het vlak van gezond wonen te verbeteren en aan te sturen op een beleidswijziging met betrekking tot de manier waarop de huizen in Amerika worden ontworpen, gerenoveerd en onderhouden.
Results	In 2005 leidden het NCHH (het National Center for Healthy Housing) en zijn partners bijna 200 medewerkers op, namen een bewustmakingsvideo over gezond wonen op, lanceerden een coördinatiecentrum "Healthy Homes" voor online-informatie over gezond wonen, ontwikkelden een HH-cursus voor woningsaneringsspecialisten en lanceerden een bedrijfsgericht partnershipprogramma om het opleidingscentrum te steunen. In 2006 hoopt het NCHH het aantal opgeleide medewerkers te verdubbelen, een "tribal initiative" te lanceren om de opleiding uit te breiden tot de zogeheten "tribal governments" in het zuidwesten, het coördinatiecentrum "Healthy Homes" uit te breiden, een onlinecursus uit te werken en een cursus "Healthy Homes" voor aannemers en handelaars te ontwikkelen en te sturen.
Approach	De ontwikkeling van leerstof voor een opleidings- of voorlichtingsprogramma kan vele vormen aannemen; er bestaat geen perfect model, omdat elk model voor- en nadelen heeft (ASTD 1997). Elke succesvolle aanpak moet gebaseerd zijn op een systematische, objectieve en georganiseerde benadering en op de volgende criteria: • Voor wie is het programma ontwikkeld (doelgroep)? • Wat willen we het individu leren of leren doen (vaardigheden)? • Hoe kunnen de leerstof of de vaardigheden het best worden aangeleerd (infrastructuur -- methodes, activiteiten, middelen)? • In welke mate is de leerstof verworven (evaluatie)? Bij de samenstelling van het leerplan van het Healthy Homes Training Center combineerde het NCHH twee opleidingsmethodes – het ISD-proces (Instructional Systems Design) en de competentiebenadering (Competencies and Curriculum Workgroup 2002, Grafinger 1998).
Resources and skills	rmorley@centreforhealthyhousing.org
Location	Columbia, VS.
Beneficiaries	Medewerkers van Volksgezondheid en andere professionals.
EU involvement	O

Contact	<p>National Center for Healthy Housing 10227 Wincopin Circle, Suite 100, Columbia, MD 21044 410.992.0712 / Fax: 410.715.2310</p> <p>Rebecca L. Morley (<a href="mailto:rmorley@centerforhealthyhousing.org">rmorley@centerforhealthyhousing.org</a>)</p> <p>Dave Jacobs (<a href="mailto:djacobs@centerforhealthyhousing.org">djacobs@centerforhealthyhousing.org</a>)</p>
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Praktische handleiding bij het Binnenhuisbesluit (MMK Vlaanderen)
Author	Medisch Milieudeskundigen LOGO's
Publication date	2004
Project start date	2004
Project end date	NVT
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Met deze handleiding wordt toegelicht voor welke binnenmilieu gerelateerde gezondheidsproblemen u bij de medisch milieudeskundigen of bij de Vlaamse gezondheidsinspectie terecht kan.
Summary	Er wordt allereerst aangegeven welke rol de medisch milieukundige kan spelen op het gebied van voorlichting rond binnenmilieuproblemen. Ten tweede is het belangrijk te weten waaruit de dienstverlening van de medisch milieukundigen en de Vlaamse Gezondheidsinspectie bestaat aangaande gezondheidsklachten gerelateerd aan het binnenmilieu. Bij deze handleiding zijn voor de volledigheid ook enkele woonproblematieken opgenomen die niet onder het binnenhuismilieubesluit of onze bevoegdheden vallen, in die gevallen proberen we u de weg te wijzen naar de juiste instantie.
Issue	Wat te doen bij binnenhuisproblematieken in het kader van het binnenmilieubesluit
Resultss	NVT
Approach	Overzichtsschema aanpak klachten over gebouwen Deel 1 : Voorlichting en informatieverstrekking Deel 2: Procedures voor behandeling van klachten
Resources and skills	Medisch Milieukundigen LOGO's // <a href="http://www.mmk.be">www.mmk.be</a>
Location	Vlaanderen
Beneficiaries	Vooraf professionelen, maar ook in mindere mate burgers
EU involvement	O
Contact	Viviane Oltheten; Medisch Milieukundige LOGO Gent vzw Baudelohof 9000 Gent TEL 09/2357422 / FAX 092357426 GSM 0494523050 Viviane.Oltheten@gent.be
Content Type	M
Territory	O



Field name	Obligation
Title	Habitools
Author	Coördinatie: de vzw Brusselse Bond voor het Recht op Wonen
Publication date	Mei 2006
Project start date	NVT
Project end date	NVT (website)
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	<b>Habitools 2006</b> is een catalogus waarin een honderdtal hulpmiddelen voor woononderricht zijn opgenomen, samengesteld door 28 verenigingen die actief zijn in de huisvestingssector, opvraagbaar per thema, per vereniging of met behulp van een exhaustieve lijst.
Summary	De verenigingen en organisaties die actief zijn in de huisvestingssector zijn er in hun dagelijkse praktijk toe gekomen diverse hulpmiddelen te ontwikkelen om hun publiek ertoe aan te sporen gezond te wonen. Die bewustmakingsinstrumenten verwijzen naar diverse thema's die centraal staan in de activiteiten van de genoemde verenigingen en organisaties. Enkele van die thema's zijn de binnenhuisverontreiniging, strategieën voor een duurzame en verstandige consumptie, rechten en plichten van huurders en verhuurders en verscheidene praktische aspecten zoals: "Moet ik mijn woning verzekeren?" De hulpmiddelen kunnen verschillende vormen aannemen: video's, brochures, opleiding, maquettes. De catalogus geeft een overzicht van alle hulpmiddelen die de verschillende verenigingen en organisaties hebben ontwikkeld. Hij bevat meer dan honderd hulpmiddelen, uitgewerkt door 28 verenigingen en organisaties, zowel uit Brussel als uit Wallonië, gerangschikt per thema. Hij is ontstaan vanuit de wil om een werkinstrument te ontwikkelen dat door de sociale werkers kan worden gebruikt bij de uitvoering van hun dagelijkse taken.
Issue	De catalogus is informatief en praktijkgericht; hij bevat alle noodzakelijke gegevens over de ontwikkelde hulpmiddelen: wie ze heeft ontwikkeld, voor welk publiek ze zijn bestemd, over welk type hulpmiddel het gaat...
Results	NVT
Approach	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Schadelijke dieren</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Woonwet</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Rechten en plichten</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Ecoverbruik</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Opvoeding</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Binnenhuisverontreiniging</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Praktijk</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Veiligheid</div> <div><a href="#">Info</a></div> </div>
Resources and skills	<a href="http://www.habitools.org/">http://www.habitools.org/</a>
Location	Brussel
Beneficiaries	Informatie en hulpmiddelen voor beroepsmensen uit de huisvestingssector.
EU involvement	O
Contact	Coördinatie : <a href="#">Vzw Brusselse Bond voor het Recht op Wonen</a> Grootsermentstraat nr. 2 / bus 1 1000 Brussel  Tel.: 02/502.84.63 E-mail: rbdh@skynet.be
Content Type	M
Territory	O

Field name	Obligation
Title	Website NIGZ Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen
Author	NIGZ (NE) Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Publication date	2005
Project start date	2001
Project end date	NVT
Theme EUKN	M
Related areas	M
Keywords EUKN	M
Keywords	M
One liner	Met deze handleiding wordt toegelicht voor welke binnenmilieu gerelateerde gezondheidsproblemen u bij de medisch milieudeskundigen of bij de Vlaamse gezondheidsinspectie terecht kan.
Summary	SLAG is al sinds de oprichting in 2001 bezig met de ondersteuning van lokale gezondheidsprofessionals, namelijk bij de lokale aanpak van gezondheids- verschillen. 'Gezondheidsverschillen' komen voor tussen mensen met een lage sociaal-economische status (SES) en mensen met een hoge SES; mensen met een lage SES zijn ongezonder dan mensen met een hoge SES. Traditionele voorlichtingsprogramma's zijn er niet in geslaagd deze gezondheidsverschillen terug te dringen. Interventies volgens de 'community benadering', waarin een lokale, wijkgerichte en intersectorale aanpak centraal staat, zijn veelbelovend. Lokale gezondheidsbe- vordering in het algemeen is effectiever gebleken dan landelijke gezondheids- bevordering en daarom gaat sinds 2004 het hele NIGZ 'lokaal'. De ondersteuning en advisering van lokale gezondheidsprofessionals als GGD
Issue	Gericht op de ondersteuning van lokaal gezondheidsbeleid en lokale gezondheidsprofessionals
Resultss	NVT
Approach	Als theoretisch kader is gebruik gemaakt van een model van Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996) dat informatiezoekgedrag gezondheidsprofessionals probeert te verklaren. Dit model stelt dat informatiebehoefte bepaald wordt door verschillende kenmerken van de informatiezoeker, bijvoorbeeld demografische variabelen, taken en aandachtsgebieden. Informatiebehoefte leidt tot informatiezoekgedrag. Het feit of een informatiezoeker op zoek gaat naar informatie bij een bepaalde bron hangt af van de voorkeur van deze zoeker voor een bepaald type informatiebron en het oordeel dat hij of zij over een bepaalde bron heeft.
Resources and skills	www.slag.nu
Location	Nederland Worldwideweb
Beneficiaries	Vooral professionelen
EU involvement	O
Contact	NIGZ / SLAG Joop ten Dam Postbus 500 3440 AM Woerden  <i>Bereikbaar maandag t/m donderdag:</i> 0348-439834/ 0348-439854
Content Type	M
Territory	O

## Bijlage 7.3: Voorbeeld topiclijst

### Rondetafelgesprekken: toelichting voor de moderators

*Aantal rondetafelgesprekken: 5*

*Aantal personen per groep: 10 + moderator*

#### **Registratie:**

We willen de moderators vragen om:

- de deelnemers nog even te wijzen op het feit dat de gesprekken worden opgenomen en hen te verzekeren dat de verwerking anoniem zal gebeuren
- hen te verwijzen naar het infoblad in hun mapje
- hen het informed consent te laten ondertekenen !
- de informed consents te verzamelen en af te geven aan Tomas

De registratie gebeurt a.h.v. dictafoons. De cassettes kunnen gedurende 30 min. het gesprek registreren. **Na elke 30 min. moet een nieuwe cassette geplaatst worden!**

#### **Inhoud**

Het doel van deze gesprekken is na te gaan op welke manier problemen i.v.m. huisvesting en gezondheid in de toekomst uniform zouden kunnen worden gedetecteerd en gerapporteerd.

De opdrachtgever (kabinet grootstedenbeleid) denkt zelf aan **het introduceren van een nieuwe functie nl. de “huisvestingsgeneesheer”**. Deze arts zou kunnen ingeschakeld worden wanneer hulp- of zorgverleners die op huisbezoek gaan, vaststellen dat er zich gezondheidsproblemen voordoen die gelinkt zijn aan de kwaliteit van de huisvesting of wanneer ze vermoeden dat de huisvesting in die mate problematisch is dat ze gezondheidsproblemen zou kunnen veroorzaken. Deze arts zou de expert zijn wat betreft de invloed van specifieke woonomstandigheden (vb. de aanwezigheid van formaldehyde in huis) op gezondheid. Hij/zij zou eventueel ook ingeschakeld kunnen worden bij de detectie van problemen.

Tijdens de rondetafelgesprekken willen we **bij de deelnemers nagaan hoe zij staan tegenover dit voorstel:** wat zijn volgens hen de plus- en minpunten, ...

Echter, we willen **de discussie niet beperken tot deze nieuwe functie maar opentrekken** naar de vraag of er überhaupt nood is aan een centraal meldingspunt voor huisvesting- en/of gezondheidsproblemen (zij het nu een arts of niet), welke alternatieven zijn er, welke valkuilen dienen vermeden te worden bij het uitwerken van uniforme detectie- en/of rapporteringsprocedures, op welke manier het detecteren van huisvestings- en gezondheidsproblemen in het takenpakket van professionelen kan worden ingepast, of er nood is aan bijkomende opleiding van professionelen, ...

#### **Vorm**

De moderator coacht de rondetafelgesprekken en stuurt het gesprek a.h.v. onderstaande **topiclijst**.

Het is belangrijk dat in alle rondetafelgesprekken dezelfde thema's worden behandeld.

Echter omdat de topiclijst vrij omvangrijk is, hebben we bepaalde vragen aangeduid in het **vetjes**. We willen vragen om tijdens jouw rondetafelgesprek de **nadruk te leggen op deze vragen**.

## Rondetafelgesprekken: topiclijst

### *Detectie tijdens het huisbezoek ?*

- Wanneer u of uw medewerkers op huisbezoek gaan, stellen zij waarschijnlijk vaak gezondheidsproblemen (voor de deelnemers uit de gezondheids- of welzijnssector) of problemen i.v.m. de kwaliteit van wonen (voor de deelnemers uit de huisvestingssector) vast. **Leggen zij dan de link met resp. de kwaliteit van wonen en gezondheid?**
  - vb. wanneer een patiënt astma heeft, zal de bejaardenhelpster dan automatisch erop letten dat er voldoende verlucht wordt om zo schimmels te vermijden*
  - vb. wanneer iemand langsgaat om de kwaliteit van de huurwoning na te gaan, zal die dan ook bevragen of er gezondheidsproblemen zijn die te maken kunnen hebben met de kwaliteit van de woning*
- Vindt u het **de taak van een gezondheids- of welzijnswerker/professioneel** betrokken bij huisvesting om ook na te gaan hoe het zit met de woonkwaliteit/de gezondheid van de bewoners. Moet de detectiefunctie en rapporteringfunctie van problemen omtrent gezondheid/wonen meer worden **ingepast in de dagelijkse praktijk van de professionele medewerkers?**
- Zijn er binnen uw organisatie protocollen, documenten, ... die uw medewerkers tijdens hun huisbezoek **kunnen helpen/ondersteunen** om waakzaam te zijn voor de invloed van huisvesting op gezondheid of voor het effect van huisvesting op gezondheid?
  - vb. een lijst met aandachtspunten voor de medewerkers die op huisbezoek gaan*

### *Wat gebeurt met problemen die op huisbezoek gedetecteerd worden?*

- **Wat gebeurt er in uw organisatie wanneer een medewerker die op huisbezoek geweest is, meldt** dat er problemen zijn m.b.t. de gezondheid van de cliënt die mogelijks veroorzaakt worden door de woonkwaliteit, of wanneer er problemen zijn met de woonkwaliteit die mogelijks een effect kunnen hebben op de gezondheid van de bewoner?
  - Kan u beschrijven welke stappen hierna ondernomen worden (van detectie tot eventuele remediëring)
- Dit stappenplan: is dit iets wat vastgelegd is in de organisatie (vb. onder de vorm van **protocollen of procedures**) of gebeurt dit telkens anders?
- Ervaart u het als **een gemis** dat er in uw organisatie niet op een gestructureerde manier wordt gereageerd wanneer medewerkers problemen i.v.m. gezondheid/wonen vaststellen? (of **meerwaarde** indien dit wel gestructureerd gebeurt)
  - Met gestructureerd bedoelen we dat een gerapporteerd probleem volgens een vooraf opgesteld protocol of procedure wordt opgevolgd*

### *Samenwerking met andere diensten*

*Mogelijks is het onderscheid tussen de volgende twee vragen moeilijk te maken. In dat geval kunnen ze samen behandeld worden.*

- Hoe verloopt de **samenwerking tussen gezondheids- en welzijnswerkers en huisvestingswerkers?**
  - Wat zijn de remmende en stimulerende factoren voor samenwerking?
- Hoe verloopt de doorverwijzing tussen uw organisatie en **openbare diensten?**
  - Wat zijn de remmende en stimulerende factoren voor samenwerking?
- Werkt uw organisatie samen met **specifieke diensten** om na te gaan of er huisvestingsproblemen zijn die aan de oorzaak kunnen liggen van de gedetecteerde gezondheidsproblemen / om na te gaan of de gedetecteerde huisvestingsproblemen geleid hebben tot specifieke gezondheidsproblemen? Met welke? Hoe verloopt dit?

- Zijn er lokale initiatieven die de ontmoeting van de verschillende sectoren (gezondheid, welzijn, huisvesting) **stimuleert of faciliteert**?  
Worden hier ook oplossingen gezocht voor individuele casussen?

***Samenvattend:***

**Wat zijn de knelpunten die u ondervindt in het volledige proces van detectie - rapportering in de eigen organisatie - (doorverwijzing) - actie?  
(proces overlopen en per stap de knelpunten inventariseren)**

- Wat zijn de knelpunten voor transdisciplinair en sectoroverstijgend werken?

***Nood aan een centraal meldpunt ?***

- Is er nood aan een meldpunt voor gezondheids- en huisvestingsproblemen?
- Hoe zou dit meldpunt er kunnen uitzien?  
Organisatievorm? Centraal of lokaal? Noodzakelijke voorwaarden? Mogelijke knelpunten?
- Zoals “arbeidsgeneeskunde” een specifieke tak is van de geneeskunde, zou “**huisvestingsgeneeskunde**” kunnen ontwikkeld worden. Deze arts zou zich specialiseren in de specifieke invloed van huisvestingsfactoren op gezondheid. Hij/zij zou kunnen ingeschakeld worden wanneer hulp- of zorgverleners vermoeden dat de gezondheidsproblemen van een cliënt veroorzaakt worden door huisvestingsfactoren of wanneer ze vermoeden dat een huisvestingssituatie potentieel bedreigend is voor de gezondheid van de bewoners.  
Kan u met dergelijke zienswijze akkoord gaan ?
- Zoals er een technische automobielininspectie bestaat, zou er ook een **huisvestingsinspectie** moeten bestaan.  
Kan u met dergelijke zienswijze akkoord gaan?
- Kent u **initiatieven** die zich specifiek richten op **de impact van wonen op gezondheid**

***Opleiding van hulp- en zorgverleners***

- Wordt in de basisopleiding van uw medewerkers voldoende aandacht besteed aan de invloed van wonen op gezondheid?
- Hoort dit binnen een basisopleiding te zitten?
- Zijn er bijscholingen die hierop focussen?
- Is hier nood aan? Wat zijn de voorwaarden voor een geslaagde bijscholing hieromtrent?
- Kent u organisaties dit soort opleidingen organiseren?

## Bijlage 7.4 Website Kenniscentrum (Ndl)

### Voorbeeld [48-uursservice](#) van het Kenniscentrum Grote Steden (Ne)

In 2006 zal de 48-uursservice, als instrument in de interactie met de klant, vaker onder de aandacht worden gebracht. Als klanten op de website geen antwoord vinden op hun vraag, dan zoeken medewerkers van het Kenniscentrum het antwoord op. De korte adviesaanvragen worden, in beginsel, binnen 48 uur beantwoord. Gebleken is dat de klant de service hoog waardeert. Repeterende vragen worden opgenomen in een register van antwoorden. Daarmee is een bestand van Frequently Asked Questions (FAQ) opgebouwd. Met het Content Management Systeem is het eenvoudiger voor elk kennisprogramma een bestand van FAQ op te bouwen.

Verder heeft onze website een DOCBANK. De docbank is de digitale bibliotheek van het Kenniscentrum. De website is de centrale toegang tot **alle kennis** over het grotestedenbeleid die het Kenniscentrum verzamelt voor **31 grote steden en 9 departementen**. Via de 'DOCBANK' op de website hebben de gebruikers van het Kenniscentrum toegang tot relevante praktijkkennis, onderzoeksresultaten en documenten.

### Voorbeeld **DOCBANK** Kenniscentrum Grote Steden

In de eerste helft 2005 heeft het Kenniscentrum de implementatie gedaan van **een nieuw content management systeem, een redactiesysteem waarin alle websites** van het Kenniscentrum zijn ondergebracht. Op 9 maart heeft het Kenniscentrum dit systeem gelanceerd. De websites zijn niet alleen in een nieuw jasje gestoken, maar volledig opnieuw opgebouwd. Daardoor zijn ze gebruiksvriendelijker en geavanceerder geworden: met verbeterde zoekfuncties, de mogelijkheid om gebaseerd op persoonlijke behoefte en voorkeuren op de hoogte te worden gehouden van de laatste ontwikkelingen en optimale serviceverlening aan mensen die via de website hun vragen stellen. Voor de website wordt gebruik gemaakt van open source en open standaarden. Op basis van deze technieken heeft het Kenniscentrum in november de XML-award 2005 gewonnen, de onderscheiding voor **de beste XML-aangedreven website van Nederland**. De prijs wordt jaarlijks toegekend aan een organisatie die met haar website innovatief gebruik maakt van XML-toepassingen.

De nieuwe website is de centrale toegang tot alle kennis over het grotestedenbeleid die het Kenniscentrum verzamelt voor 31 grote steden en 9 departementen. Via de 'DOCBANK' op de website hebben de gebruikers van het Kenniscentrum toegang tot relevante praktijkkennis, onderzoeksresultaten en documenten.

In 2005 is het Kenniscentrum gestart met **een methode om kennis te valideren**. Bezoekers van de website kunnen in een oogopslag zien wat de meest gewaardeerde kennis is. Het Kenniscentrum kan zo best practices omzetten in proven practices. Het waarderingssysteem is speciaal voor de content van de **e-bibliotheek** ontwikkeld. Het aantal merktekens ( ) bij documenten op de DOCBANK geeft bezoekers direct inzicht in de kwaliteit van de aangeboden kennis.

Een taxonomie is een hiërarchische woordenlijst die zorgt voor een logische ordening van een verzameling documenten, doordat aan ieder document op een website één of meerdere thema's worden toegekend. In de Internetwereld heet dit 'tagging'. Het Kenniscentrum heeft **in 2005 twee grootstedelijke**

**taxonomieën ontwikkeld.** De ene taxonomie is voor de Nederlandstalige websites en is door het Kenniscentrum zelf opgesteld, de Engelstalige variant heeft EUKN met haar partners ontwikkeld. Tussen deze twee bestaat uiteraard een duidelijke samenhang. De Engelstalige variant is in het **European Urban Knowledge Network** in heel Europa in gebruik, waardoor deelnemende Europese kennisinstellingen ‘één gemeenschappelijke taal’ spreken.

De resultaten van de DOCBANK in 2005 zijn in onderstaande tabel samengevat.

websites, bezoekers, pagina's

en kennisvragen	2001	2002	2003	2004	2005
A Thematische websites	1	2	7	14	30
B Bezoekers aan websites	13.070	69.915	215.966	607.878	782.104
C Kennispagina's	123	351	2.054	4.632	7.041
Praktijkvoorbeelden	37	65	304	611	937
Onderzoeken	43	93	305	550	797
D Kennisvragen	93	173	497	549	429
Frequently Asked Questions			58	124	106

Tabel: Groei van het Kenniscentrum A. Thematische websites

Tot nu toe verdubbelt het aantal websites ieder jaar. De groei in 2005 is met name veroorzaakt door tien websites die het Kenniscentrum heeft gebouwd voor de partners van het European Urban Knowledge Network.

De Vereniging voor Statistiek en Onderzoek, de Commissie Stedelijke Distributie, de G4 en G27 hebben het beheer van hun eigen websites ondergebracht bij het Kenniscentrum. Gesprekken in 2005 hebben geleid tot een nauwe samenwerking met de vereniging van griffiers en het Kenniscentrum gaat in 2006 ook voor deze vereniging een website ontwikkelen. Deze samenwerking is separaat gefinancierd.

Voor alle websites geldt: door de bundeling van deze kennis met de bestaande kennis ontstaat meerwaarde: enkelvoudige invoer, meervoudig gebruik.

#### **Thematische websites:**

- Grote vier Statistieken en onderzoeksinformatie over de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht)
- G27.nl Grootstedelijk nieuws uit de G27-steden
- European Urban Knowledge Network: Een Europees platform om kennis, onderzoeksresultaten en ervaring op stedelijk gebied uit te wisselen, bestaande uit 15 lidstaten. Het Kenniscentrum verzorgt de websites voor de tien lidstaten die nog geen eigen website hadden.
- DOCBANK: Zoekmachine in alle praktijkvoorbeelden, wetenschappelijke onderzoeken, nieuws en dossiers van het Kenniscentrum
- Stedelijke Distributie: Kennis over de binnenstedelijke bereikbaarheid voor het goederenvervoer
- Vereniging voor Statistiek en Onderzoek Kennis- en informatie-uitwisseling tussen onderzoekers

#### **B. Bezoekers aan de websites**

**De stijging van bezoekersaantallen** heeft zich ook in 2005 voortgezet. Het totaal stijgt niet alleen, maar ook het bezoek van de thematische website stijgt. Slechts de websites, waarvan het kennisprogramma is beëindigd, laten over het algemeen een daling zien.

Redenen van de stijging in bezoekersaantallen:

- ☐ meer websites, die met elkaar verbonden zijn (wederzijds versterking);
- ☐ meer webpagina's;

betere vindbaarheid via zoekmachines sinds de vernieuwing van de website (bijvoorbeeld, in Google staat het Kenniscentrum met de term 'integratie' bovenaan).

### **Bezoekers websites Kenniscentrum**

#### Eerste 2 maanden 2005

63.672 januari 2005

57.089 februari 2005

#### Laatste twee maanden 2005

**102.705 november 2005**

**84.432 december 2005**

### C. Kennispagina's, praktijkvoorbeelden en onderzoeken

In 2005 heeft het Kenniscentrum geïnvesteerd in **de kwaliteit van de webpagina's**. De overgang naar een nieuw systeem heeft niet alleen gezorgd voor een fris uiterlijk. De pagina's die de redactie in het verleden heeft geschreven zijn nagelopen op volledigheid en validiteit. Zo zijn pagina's geactualiseerd en is kennis toegevoegd. Ook is door de ontwikkeling van een taxonomie de classificatie van de kennis naar thema's verbeterd.

De productiedoelstellingen voor 2005 zijn behaald; er is veel nieuwe kennis toegevoegd. Nieuwe thema's, zoals veilig ondernemen en creatieve industrie, zijn opgenomen in de DOCBANK. Reeds bestaande thema's zijn door de redacteurs verder verdiept tot dossiers, bijvoorbeeld over de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en luchtkwaliteit. Deze combinatie van actualiseren, verzamelen en verdiepen van kennis zorgde voor een kwaliteitsverbetering die het Kenniscentrum in 2006 verder doorzet.

### D. Kennisvragen / Frequently Asked Questions

Uit de cijfers blijkt **een daling van ongeveer 20 % in het aantal kennisvragen in 2005**. De oorzaak van deze daling kan meerdere redenen hebben. Een van de redenen is dat op de vernieuwde website bezoekers de benodigde kennis makkelijker kunnen vinden. **In het onderdeel 48-uursservice op de website staan de Frequently Asked Questions, of meest gestelde vragen, opgesomd. Bezoekers vinden daardoor eerder het antwoord op hun vraag op de website.** Met andere woorden, de kwaliteit van de DOCBANK doet op die manier het aantal kennisvragen verminderen. Niettemin is directe interactie met de bezoeker voor het Kenniscentrum van groot belang. Het aantal kennisvragen blijft daarom intensief gemonitord en waar nodig vindt bijsturing plaats.



## Bijlage 7.5 Medisch Milieukundigen

### *LOGO's*

De **Medisch Milieukundigen** (MMK's) hebben als werkingsgebied één of meerdere **LOGO-regio's (Lokaal Gezondheidsoverleg vzw)** en zijn ook bij deze LOGO's gehuisvest.

De **26 Vlaamse LOGO's** hebben als opdracht elk in hun regio aan de 5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te werken: **tabakspreventie, promoten van gezonde voeding, ongevallenpreventie thuis en in het verkeer, vaccinatie en borstkankerscreening**. Deze doelstellingen realiseren zij in samenwerking met verschillende lokale partners, zoals gemeentebesturen, scholen, bedrijven, huisartsen, e.a.

Een LOGO-team bestaat meestal uit een coördinator, 2 stafmedewerkers en een administratieve kracht. Ten gevolge van de subsidiëring van het Medisch Milieukundig Netwerk door de Vlaamse Gemeenschap, beschikt LOGO Brussel niet over een MMK.

### *OCL vzw*

Hoewel de **MMK's** bij de LOGO's ondergebracht zijn, is hun **werkgever OCL (Ondersteuningscel LOGO's)**. OCL ([www.ondersteuningscellogos.be](http://www.ondersteuningscellogos.be)) is een vzw die, naast het tewerkstellen van de MMK's, de LOGO's ondersteunt op het gebied van de ziektepreventie (borstkankerscreening en vaccinatiebeleid).

Het OCL-team bestaat uit een coördinator, 2 experts ziektepreventie en een administratieve kracht.

### *MedischE MilieukundE in Vlaanderen*

Door het losbarsten van een aantal gezondheid-en-milieuschandalen (de dioxinecrisis, het Coca-Cola incident etc.) en de polemiek rond de huisvuilverbrandingsovens in Wilrijk en Sint-Niklaas, kwam het thema 'Gezondheid en Milieu' eind jaren negentig uitgebreid in het nieuws.

Vermits onze Nederlandse burens al meer dan een decennium ervaring hadden op het gebied van de medische milieukunde, werd nagegaan of hun manier van werken eventueel vertaald kon worden naar de Vlaamse situatie. Dit onderzoek (nov 1998 – feb 1999) leidde uiteindelijk tot een **“Eindrapport” met een aantal mogelijke scenario's**. **Eén van deze scenario's, een medisch milieukundig netwerk bestaande uit drie niveaus, werd besproken met de toenmalige minister van Volksgezondheid Mieke Vogels.** De eerste conceptnota "Gezondheid en Milieu in Vlaanderen - naar een geïntegreerde aanpak met verschillende actoren" kwam er uiteindelijk in april 2000. **Eind 2000** werd er in het Vlaams Parlement **een ad hoc commissie 'Milieu en gezondheid'** opgericht onder leiding van de Heer Johan Malcorps. Dit resulteerde in een maatschappelijke beleidsnota "Milieu en gezondheid" die op 4 juli 2001 unaniem werd goedgekeurd door het Vlaamse Parlement.

Het heeft dan **tot 2004 geduurd vooraleer het Vlaams Medisch Milieukundig Netwerk een feit was**. Het autonoom Vlaams Medisch Milieukundig netwerk beoogt zowel een maximale **primaire preventie** (voorkomen van gezondheidsproblemen ten gevolge van een verontreinigd leefmilieu) als **secundaire preventie** (tijdig opsporen van potentiële bedreigingen in het leefmilieu voor de volksgezondheid). Het ganse netwerk streeft naar en is ontworpen voor een volwaardige participatie van diverse actoren en betrokken op vlak van gezondheid en milieu, zowel op lokaal als op Vlaams niveau:

- Op lokaal niveau werden **de LOGO's, het lokaal gezondheidsoverleg**, bemand met medisch milieukundigen, die instaan voor de ontwikkeling van een platform en overlegkader met artsen, apothekers, kinesisten, gemeenteambtenaren en belangengroepen. Ze vangen vragen en klachten op, signaleren ongewenste blootstelling van risicogroepen aan belastende milieufactoren, registreren milieugerelateerde gezondheidsklachten en zijn actief in voorlichting en risicocommunicatie.
- Op de tweede trap staan de **Afdeling Toezicht Volksgezondheid** (voorheen de Vlaamse gezondheidsinspectie) en de Dienst Milieu & Gezondheid van het Departement Leefmilieu, Natuur en Energie (LNE). De Afdeling Toezicht Volksgezondheid **adviseert de gezondheidsaspecten bij de aanvraag van een milieuvergunning**. Ze bewaakt ook de kwaliteit van het luik gezondheid in milieueffectenrapporten. Afdeling Toezicht Volksgezondheid kan ook bedrijven controleren of ze de gestelde voorwaarden naleven. Verder signaleren ze medisch milieukundige probleemsituaties op basis van trends en **ondersteunen ze de eerstelijnsfunctie van de medisch milieukundigen** bij complexe dossiers. Tenslotte staat Afdeling Toezicht Volksgezondheid in voor de uitwisseling van gegevens met de derde trap van het netwerk.



- Deze derde trap bestaat uit **het Steunpunt Milieu en Gezondheid**, een consortium van onderzoeksgroepen van alle Vlaamse universiteiten, de Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek (VITO), het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (PIH), de Universiteit van Maastricht, het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel en het UZ Antwerpen. Hun strategische doelstellingen liggen op het vlak van **beleidsondersteuning, ontwikkeling**

**van beleidsinstrumenten, surveillance en biomonitoring, toegepast milieu- en gezondheidsonderzoek, sociaal en gezondheidseconomisch onderzoek en ontwikkeling van methodologieën.**

*Taken en diensten*

### ***1. Aanspreekpunt voor vragen en klachten gerelateerd aan gezondheid en milieu***

De MMK's beantwoorden en behandelen medisch milieukundige vragen, klachten en meldingen van gemeentelijke diensten, CLB's, huisartsen etc. Deze taak kan onderzoek en risicocommunicatie noodzakelijk maken.

Enkele voorbeelden:

- Er is onrust rond GSM-masten. Wat zijn de mogelijke gezondheidsrisico's?
- In een woonwijk komen veel gevallen van kanker voor. Kan dit te maken hebben met de aanwezigheid van industrie?
- Ik krijg meer patiënten met chronische luchtwegaandoeningen. Wat kan hier de oorzaak van zijn?
- Kan schimmel in huis allergieën veroorzaken?

### ***2. Signaleringsfunctie***

**De MMK's kunnen dreigende of bestaande gezondheidsrisico's als gevolg van het milieu signaleren.**

Dergelijke signalen kunnen voortkomen uit eigen onderzoek, nieuwe ontwikkelingen in de regio of een plotselinge toename van bepaalde klachten. Ze onderzoeken deze signalen en beoordelen het risico voor de volksgezondheid. Als een ongewenste situatie dreigt te ontstaan, wordt dat gemeld aan de directe betrokkenen en zo nodig aan de lokale overheid.

Enkele voorbeelden:

- In een gemeente komen significant veel leukemiegevallen voor.
- Er is bij de bevolking een potentieel gezondheidsrisico door de aanwezigheid van grote hoeveelheden vliegen.
- Uit bodemonderzoeken blijkt dat de omgeving van een droogkuis ernstig verontreinigd is en dat er gezondheidsrisico's zijn voor omwonenden.
- **Iemand woont in een woning die gezondheidkundig onbewoonbaar is.**

### ***3. Voorlichting ter preventie***

Onder preventieve voorlichting vallen activiteiten die gericht zijn op voorkoming van gezondheidsschade als gevolg van milieufactoren. **De MMK's ondersteunen en/of organiseren zelf voorlichtingsactiviteiten (vb.**

**lezingen, ...)** of verdelen ontwikkeld voorlichtingsmateriaal (**folders, brochures, ...**). Daarnaast nemen zij deel aan georganiseerde campagnes in een breder verband (vb. de **cadmiumpreventiecampagne voorjaar 2004** i.s.m. de Vlaamse Gezondheidsinspectie).

Naast deze preventieve voorlichting geven de MMK's ook specifieke voorlichting in reactie op gebeurtenissen of ter ondersteuning van andere taken.

### *Doelgroepen*

De Medisch Milieukundigen (MMK's) zijn voor hun werking in grote mate afhankelijk van **lokale actoren en belanghebbenden** op vlak van gezondheid en milieu (gemeentelijke milieu-en gezondheidsambtenaren, huisartsen, lokale actiegroepen etc.)

- Zij hebben vaak een goed beeld van lokale milieu-en gezondheidsknelpunten of milieufactoren die bij de bevolking onrust veroorzaken
- Ze hebben daarnaast ook een kennis van de risicogroepen
- Ze hebben een goede vertrouwensrelatie met de burger
- Ze beschikken over efficiënte en toegankelijke informatiekanalen en –middelen (nieuwsbrieven, infobladen, platformvergaderingen etc.)

Daarom is de MMK-werking in de eerste plaats gericht op deze lokale intermediairen. Vanuit hun professionaliteit en onafhankelijkheid **trachten de MMK's intermediairen die geconfronteerd worden met vragen en klachten rond gezondheid en milieu, vrijblijvend en niet bindend te ondersteunen en adviseren.**

**Individuele burgers** kunnen **enkel via intermediairen** terecht bij de MMK's.

## Bijlage 7.6 : Wettekst II. VOORSTEL VAN RESOLUTIE BETREFFENDE MILIEU EN GEZONDHEID (*Parl. St.* VI. Parl. 2005-06, nr. 731/1)

### II.1. Toelichting door een indiener

In de vergadering van 9 maart 2006 geeft mevrouw *Joke Schauvliege* toelichting bij het voorstel van resolutie.

Mevrouw Schauvliege stelt dat het voorstel van resolutie ruimer is opgevat dan het voorstel van de heer Daems e.a.. Ze kan begrip opbrengen voor de bekommernis van de heer Daems voor specifieke doelgroepen zoals ouderen en kinderen. Er zijn echter nog andere kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen bijvoorbeeld, en de indieners van het nieuwe voorstel zien geen reden om de tekst te beperken tot de genoemde groepen.

Mevrouw Schauvliege stelt verder dat de problematiek inzake milieu en gezondheid reeds herhaaldelijk ter sprake kwam in de commissie, onder meer naar aanleiding van vragen en interpellaties. Op 7 juli 2005 heeft de plenaire vergadering, na een interpellatie in de commissie, een met redenen omklede motie goedgekeurd over het onderzoek naar de relatie tussen milieu en gezondheid (*Parl. St.* VI. Parl. 2004-05, nr. 425/1).

Ook het Vlaamse regeerakkoord heeft aandacht voor dit thema en stelt dat Vlaanderen zijn voortrekkersrol in het onderzoek naar milieu en gezond moet behouden.

Daar moeten de nodige middelen voor worden uitgetrokken.

De regering wordt in het voorstel van resolutie gevraagd verder werk te maken van het uitvoeren van de andere aanbevelingen van de Commissie ad hoc Milieu en Gezondheid, na toetsing aan het regeerakkoord.

Het multidisciplinaire wetenschappelijke onderzoek naar de relatie milieu en gezondheid moet worden voortgezet en moet tot bruikbare indicatoren leiden.

Via een concreet fasenplan moeten de lokale verontreinigingsbronnen worden gedetecteerd en aangepakt.

Het is belangrijk objectieve informatie te verspreiden bij de bevolking en de huisartsen en daarbij ook voldoende aandacht te hebben voor senioren en kinderen, zonder de informatieverstrekking tot die doelgroepen te beperken.

Tijdens de vorige legislatuur werd ook een biomonitoringonderzoek bij pasgeborenen opgezet; de eerste resultaten zijn bekend. De doelstelling van deze studie is 'meten om te weten' om dan in tweede instantie over te gaan tot acties: 'meten om te doen'. Er wordt in de resolutie gevraagd dat onderzoek voort te zetten, te evalueren en uit te breiden. De regering wordt gevraagd ten aanzien van specifieke probleemstoffen concrete beleidsinitiatieven te nemen om hun aanwezigheid terug te dringen en de schadelijke gezondheids effecten te verminderen.

Tot slot wordt gevraagd het Europese programma inzake milieugevaarlijke stoffen (REACH) zo snel mogelijk te vertalen naar de Vlaamse beleidscontext en de nieuwe Europese norm voor fijne stofdeeltjes zo snel mogelijk te halen. De indieners zijn er zich

van bewust dat dit laatste een moeilijke opdracht zal zijn, maar de Vlaamse Regering heeft volgens mevrouw Schauvliege reeds de eerste stappen in de goede richting gezet.

## **II.2. Bespreking**

De heer *Rudi Daems* heeft op zich geen probleem met de inhoud van het voorstel van resolutie zoals toegelicht door mevrouw Schauvliege. Het lid betreurt wel dat de indieners terughoudend zijn om aan bepaalde doelgroepen extra aandacht te schenken. De bespreking van het jaarverslag van het Kinderrechtencommissariaat (*Parl. St. VI. Parl. 2005-06, nr. 42/1*) in de commissie toonde net aan dat aandacht vragen voor een specifieke doelgroep na een aantal jaren resultaat kan opleveren in het beleid. Het voorstel van resolutie van Groen! omvat alle kwetsbare groepen, dus ook zwangere vrouwen bijvoorbeeld, maar wil specifiek voorloper zijn inzake ouderen en milieu en gezondheid. Binnen 10 tot 20 jaar zal de samenleving hoe dan ook worden geconfronteerd met de specifieke 'problemen' van de alsmaar groter wordende groep ouderen. De heer Daems kondigt aan dat hij mede-indiener is van een amendement dat de resolutie verder aanvult met specifieke aandachtspunten.

Mevrouw *Joke Schauvliege* bevestigt dat een amendement wordt ingediend waarin specifieke aandacht wordt gevraagd voor kwetsbare groepen en waarin onder meer wordt verwezen naar het actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen. Op die manier wordt een evenwicht gevonden tussen het vragen van aandacht voor specifieke doelgroepen en het teveel focussen op bepaalde groepen.

Mevrouw *Marleen Van den Eynde* verwijst naar het standpunt van Vlaams Belang inzake de REACHverordening, dat aan bod is gekomen bij de bespreking van het voorstel van resolutie van de heer Rudi Daems e.a. betreffende het beleid inzake milieugevaarlijke chemische stoffen in Vlaanderen, en in het bijzonder de uitvoering van de Europese REACHverordening (*Parl. St. VI. Parl. 2005-06, nrs. 512/1 en 2*). Vlaams Belang staat achter de belangrijke baten en doelstellingen van het Europese programma, zoals het verminderen van het aantal doden door minder schadelijke chemicaliën. Het voorstel van verordening werd door de fractie echter verworpen in het Europees Parlement omdat duidelijk is dat het huidige voorstel een zeer grote administratieve rompslomp meebrengt. Bovendien vreest de fractie dat de verordening kostenverhogende effecten zal hebben voor de bedrijven met het delokaliseren van jobs en industriële activiteiten tot gevolg. Er zal ook een enorm verlies zijn aan innovatiekracht ten voordele van een aantal andere grote industriële mogelijkheden zoals de Verenigde Staten en Japan. Hoewel amendementen de tekst nog enigszins verbeterden, heeft Vlaams Belang toch tegen de verordening gestemd in het Europees Parlement.

Het voorliggende voorstel van resolutie betreffende milieu en gezondheid bevat de aanbeveling om REACH zo snel mogelijk naar de Vlaamse beleidscontext

te vertalen. Mevrouw Van den Eynde kondigt aan dat haar fractie een amendement indient om deze aanbeveling te schrappen.

De heer *Rudi Daems* ziet tegenstrijdigheden in het discours van Vlaams Belang. In eerdere tussenkomsten in de commissie heeft onder meer mevrouw Van den Eynde gewezen op de relatie tussen milieu en gezondheid en op de risico's van bepaalde chemicaliën. Dat is in tegenstrijd met de houding van de fractie inzake het voorstel van verordening, dat door toedoen van het lobby-apparaat van de chemische industrie reeds sterk werd afgezwakt.

De heer *Frans Wymeersch* repliceert dat er een grote rechtlijnigheid is in het standpunt van Vlaams Belang. Het onderbouwde standpunt dat in het Europees Parlement werd aangenomen, wordt vandaag bevestigd in het standpunt van de fractie ten aanzien van de voorliggende resolutie.

### **II.3. Wijziging van de tekst**

De amendementen zijn gepubliceerd in *Parl. St.* VI. Parl. 2005-06, nr. 731/2.

Amendement nr. 1 van de heren Frans Wymeersch, Pieter Huybrechts en Stefaan Sintobin, mevrouw Marleen Van den Eynde en de heer Wim Van Dijck strekt ertoe aanbeveling 7°, over het vertalen van REACH naar de Vlaamse beleidscontext, te schrappen.

*Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 4.*

Amendement nr. 2 van mevrouw Joke Schauvliege en de heren Rudi Daems, Patrick Lachaert en André Van Nieuwerkerke en de dames Tinne Rombouts en Stern Demeulenaere strekt ertoe een 9°, 10° en 11° toe te voegen.

Daarin wordt de Vlaamse Regering gevraagd de werking van de medisch-milieukundigen te optimaliseren en de administratieve samenwerking tussen milieu en gezondheid verder te versterken; op Vlaams niveau maximaal uitvoering te geven aan de Vlaamse engagements binnen het Belgisch actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen (CEHAP) en werk te maken van sensibilisatie en, rekening houdend met specifieke kwetsbare groepen, van een waarschuwingssysteem bij milieu-incidenten, zoals ozonvervuiling, hittegolven en pieken van luchtverontreiniging, met aanduiding van de risico's en de te nemen maatregelen.

De indieners voegen er in de verantwoording aan toe dat de laatste alinea van de toelichting van het voorstel van resolutie als volgt moet worden gelezen:

“Verder onderzoek en beleid rond de effecten van milieuvervuiling is van belang voor alle leeftijdsgroepen. Iedereen heeft recht op een gezond leefmilieu. Daarbij is bijzondere aandacht nodig voor gevals specifieke kwetsbare groepen.”.

*Amendement nr. 2 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 4 onthoudingen.*

### **II.4. Eindstemming**

Het gewijzigde voorstel van resolutie wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 4.

*De verslaggever, De voorzitter,*  
Hilde CREVITS Patrick LACHAERT

---

## TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

Het Vlaams Parlement,

– vraagt de Vlaamse Regering, wat betreft het beleid met betrekking tot milieu en gezondheid:

1° verder werk te maken van het uitvoeren van de aanbevelingen van de parlementaire Commissie ad hoc Milieu en Gezondheid, na toetsing van het regeerakkoord;

2° het multidisciplinaire wetenschappelijk onderzoek naar de relatie milieu en gezondheid voort te zetten en tot bruikbare indicatoren te komen die vatbaar zijn voor actie waardoor de voortrekkersrol van Vlaanderen in het onderzoek naar milieu en gezondheid blijft behouden;

3° via een concreet fasenplan de (lokale) verontreinigingsbronnen te detecteren en aan te pakken.

4° informatie te verspreiden bij de bevolking en de huisartsen over het voorkomen en verminderen van blootstelling aan verontreiniging en daarbij ook voldoende aandacht te besteden aan gerichte informatie voor senioren en kinderen en aandacht te hebben voor centrale, open en objectieve communicatie;

5° het Vlaamse Humaan-Biomonitoringprogramma voort te zetten, te evalueren, en uit te breiden naar kwetsbare doelgroepen zoals jongeren en senioren op basis van de resultaten van dit onderzoek op volksgezondheidsvlak.

Daarvoor worden de nodige financiële en personele middelen uitgetrokken;

6° ten aanzien van specifieke probleemstoffen zoals fijn stof, cadmium en endocrien versturende stoffen, concrete beleidsinitiatieven te nemen om hun aanwezigheid in het milieu terug te dringen en de schadelijke gezondheidseffecten te verminderen;

7° het Europese programma inzake milieugevaarlijke stoffen (REACH) zo snel mogelijk te vertalen naar de Vlaamse beleidscontext;

8° de nieuwe Europese norm (1999/30/EG) voor fijne stofdeeltjes zo snel mogelijk te halen en daartoe een actieprogramma op te zetten;

9° de werking van medisch-milieukundigen te optimaliseren en de administratieve samenwerking tussen milieu en gezondheid verder te versterken;

10° op Vlaams niveau maximaal uitvoering te geven aan de Vlaamse engagementen binnen het Belgisch actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen (CEHAP), in opvolging van de afspraken van de interministeriële conferentie van Boedapest;

11° werk te maken van sensibilisatie en, rekening houdend met specifieke kwetsbare groepen, van een waarschuwingssysteem bij milieu-incidenten, zoals ozonvervuiling, hittegolven en pieken van luchtverontreiniging, met aanduiding van de risico's en de te nemen maatregelen.

---



## Bijlage 7.7 : Handelingen Vlaams Parlement aangaande de MMK's

Uit *Handelingen, 7 februari 2006* Rudi Daems versus Minister Vervotte (Commissievergadering, Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, **Vlaams Parlement**) blijkt dat er wel degelijk getwijfeld wordt aan **de functionele inhoud van de MMK's**. Volgende citaten geven dit weer:

*'Ik vraag me af of de inhoud en de draagwijdte van dit besluit wel voldoende bekend zijn en of de mensen die het moeten uitvoeren voldoende slagkracht hebben voor een degelijke opvolging.'*

*'Uit nieuwsgierigheid heb ik vorige week de proef op de som genomen. Ik heb willekeurig 10 huisartsen opgebeld, weliswaar zonder enige wetenschappelijke pretentie. Ik vroeg hun of ze de LOGO's kenden, of ze het probleem van binnenhuisverontreiniging kenden en of ze het besluit kenden om daar eventueel onderzoek naar te laten verrichten. **Het resultaat van mijn telefonenquête was dat 7 van de 10 artsen – netjes verdeeld 2 per provincie – daar compleet niets van afwisten.** Eén arts had zelf schimmels uit een woning meegenomen naar een labo in Sint-Jan om te laten onderzoeken of er geen binnenhuismilieuprobleem was. Dat bevestigt mijn vermoeden dat de mogelijkheden niet zo goed bekend zijn.'*

*'Daarnaast hebben de LOGO's misschien ook onvoldoende middelen, zowel financieel als logistiek en qua personeel, om die eerstelijns taak te volbrengen en bijvoorbeeld de huisartsen, die toch fungeren als belangrijke aanspreekpunten, te betrekken en metingen te laten doen in publieke of privé-gebouwen'*

*'Mijnheer Daems, u stelt terecht de vraag over de bekendheid en hoe we die kunnen versterken. In eerste instantie is dat een taak van de medisch milieukundigen.'*

*'Mevrouw de minister, als ik goed heb gerekend, gebeurden op 2 jaar tijd 24 binnenhuismetingen. Dat is toch een veeg teken. Dat wil zeggen dat heel weinig mensen het instrument kennen*

*en ermee vertrouwd zijn.'*

*'Ik vraag me ook af of één halftijdse medisch milieukundige  
– die niet alleen met het binnenhuismilieu  
 bezig moet zijn, maar ook met bijvoorbeeld de preventie  
 van geneesmiddelen – in een regio van gemiddeld  
 5 tot 10 gemeenten, voldoende sterk staat om  
 naar de doelgroepen te stappen en met het binnenhuismilieu  
 bezig te zijn. Het zou toch nuttig zijn te  
 bekijken of versterking mogelijk is.'*

*'Als een huisarts een gezondheidsprobleem vaststelt,  
 staat de groene ambulance ter beschikking om metingen  
 te verrichten. Ik kan me vergissen, maar ik denk  
 dat tot nu toe, als er een binnenhuismeting wordt  
 gevraagd voor een privé-gebouw, een school of een  
 publiek gebouw, een mini-overheidsaanbesteding  
 moet gebeuren. Een beperkte overheidsopdracht is  
 een verschrikkelijk logge procedure om een labo aan  
 te stellen om metingen te verrichten.'*

## Bijlage 7.8 : CRIPI (IBGE, Brussel)

Vous habitez Bruxelles et vous avez des allergies, des maux de tête chroniques, des difficultés de concentration, des nausées répétitives ? **Vous êtes peut-être victime de pollution intérieure. Informez-en votre médecin de famille, l'ambulance verte passera peut-être par chez vous**

C'est en février 2000 que l'IBGE a créé, en partenariat avec l'ISP et la FARES, une **Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI)**. Cette cellule, via une approche globale et intégrée vise à repérer, dans l'habitat, les pollutions pouvant être à la source de problèmes de santé. Elle intervient, en **complément d'un diagnostic médical**, lorsqu'un médecin suspecte qu'un problème de santé pourrait être lié à la présence d'une pollution à l'intérieur de l'habitation de son patient. Ce diagnostic s'accompagne de conseils pour réduire, voire éliminer, la ou les nuisance(s) et ainsi améliorer la santé des habitants.

Dans une approche préventive cette fois, un **autre objectif** de la cellule est l'étude et l'**évaluation des pollutions intérieures liées à l'habitat urbain en Région de Bruxelles-Capitale**. Ces travaux permettront à plus long terme de préparer une stratégie d'actions (conseils, comportements, traitements,...).

### Qui peut solliciter la CRIPI?

**L'accès à CRIPI se fait sur demande médicale et ne concerne que les habitations situées en Région de Bruxelles-Capitale.**

**Une équipe constituée d'analystes et d'une infirmière sociale** se rend au domicile de l'habitant pour effectuer des prélèvements chimiques et biologiques et remplir un questionnaire avec l'habitant (concernant son mode de vie). Après analyse et commentaires des résultats par le médecin de famille ou le spécialiste (celui qui a alerté la cellule), des conseils spécifiques sont donnés. **L'intervention financière des autorités publiques d'aides sociales peut être sollicitée pour certains investissements à réaliser.** Un suivi du médecin et de l'équipe de la CRIPI permet l'évaluation des solutions mises en place.

### Premiers résultats

Après **3 années d'existence** (2003), **317** interventions ont été réalisées à la demande de médecins bruxellois, avec les enseignements suivants:

Les interventions ont concerné **tous les niveaux socio-économiques** et l'ensemble du territoire de la Région;

Un tiers des interventions concernaient des **enfants**;

Les **symptômes** pour lesquels CRIPI est intervenu sont très variés et diversifiés. Ils comprennent des affections respiratoires, mais aussi des allergies cutanées, des nausées. Généralement, plus d'un symptôme a été mis en évidence chez un même malade;

Les résultats ont montré une **contamination des logements** par des polluants chimiques (invisibles) et biologiques (moisissures et acariens);

Certaines **situations très préoccupantes** ont mené au déménagement des occupants ou à la condamnation de la pièce contaminée;

Plus de 50% des habitants ont perçu une amélioration de leur santé après l'intervention de CRIPI, mais surtout suite l'application des conseils donnés.

Parmi les problèmes rencontrés on peut distinguer:

Les problèmes liés à une **mauvaise utilisation du logement**, les activités et les comportements ont une influence sur la qualité de l'air intérieur;

Les problèmes liés à une **aération insuffisante** du logement;

Les problèmes liés au **bâtiment** et à sa conception

## Bijlage 7.9 : SAMI (Wallonië)

La pollution intérieure est donc un problème complexe connu de longue date mais qui a été mis en avant depuis plus de quinze ans par le monde médical et scientifique et c'est ainsi qu'alertées, **les Autorités de la Province de Liège ont créé en octobre 1999 le premier Service d'Analyse des Milieux Intérieurs de Belgique « SAMI » dans le cadre de ses missions de subsidiarité, se saisissant d'une question délaissée par les autres niveaux de pouvoir.** Depuis lors, d'autres provinces ont emboîté le pas et ainsi pratiquement l'ensemble de la population francophone de Belgique a, à sa disposition, un Service d'Analyse des Milieux Intérieurs. Les coordonnées de ces différents services peuvent être consultées sur [www.sami.be](http://www.sami.be).

### Comment le SAMI fonctionne-t-il ?

La première étape est la demande qui va souvent émaner du patient mais qui doit toujours être relayée par un médecin qui aura rédigé une prescription. Le dossier pourra ainsi être instruit par l'équipe du SAMI tant au niveau médical que technique.

Dans un premier temps, certains conseils seront donnés soit par téléphone soit par l'envoi de fiches techniques rédigées à cet effet. Ces fiches peuvent être obtenues auprès du SAMI sur simple demande. Elles concernent le radon, l'humidité, le formol, le monoxyde de carbone, les pesticides et l'aménagement des chambres d'enfants.

Lorsque cela s'avère nécessaire l'équipe du SAMI se rendra à domicile et, après un examen général du bâtiment, une visite de la maison, pièce par pièce, sera réalisée. Au moyen de différents appareillages, une détection sera effectuée afin de découvrir les différents agents qui pourraient être la cause de la pathologie évoquée mais surtout pour comprendre l'origine de ces polluants et ainsi pouvoir donner des conseils spécifiques à l'habitant afin de lui permettre de réduire l'exposition de sa famille à ces nuisances. Si nécessaire, des échantillons seront emportés vers le laboratoire pour une analyse plus fine. Différentes photographies seront prises lors de cette visite afin de pouvoir rédiger, à l'intention du médecin demandeur, un rapport circonstancié reprenant tous les éléments mis en évidence ainsi que les conseils prodigués.

**Après quelques semaines voire quelques mois, un contact sera pris avec le patient afin de connaître l'évolution de son état de santé.** Le même type de démarche sera effectué auprès de son médecin traitant. Ces renseignements permettront une évaluation de l'efficacité du SAMI et des éventuels nouveaux besoins en terme de types de polluants à rechercher.

**L'intervention du SAMI est gratuite pour tout habitant de la Province de Liège.**

Le SAMI peut ainsi détecter ou analyser de nombreux polluants qu'ils soient de nature physique, chimique ou biologique. La liste de ces polluants est déjà longue mais n'est pas limitée, en ce sens que toute nouvelle situation peut déboucher sur la mise au point d'une méthode de détection pour un nouveau polluant.

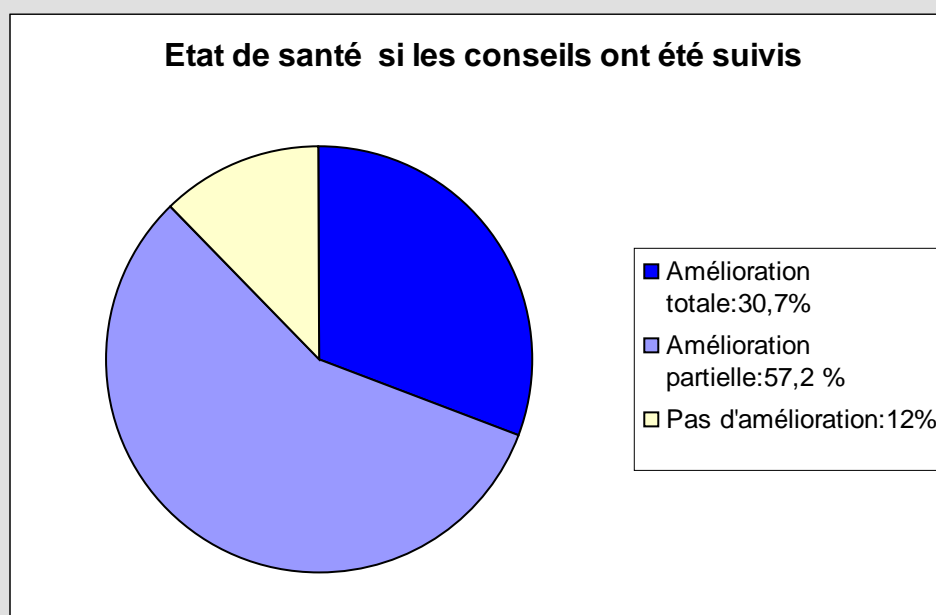
**Depuis sa création, le SAMI a visité environ 500 habitations et a pu constater que, dans 60 % des cas, les problèmes d'humidité avec la présence de moisissures voire d'acariens sur les murs, étaient la cause d'une détérioration de l'habitat et de l'état de santé des résidents.** En fréquence, viennent ensuite les problèmes liés à la présence de composés chimiques tels que les solvants et le formaldéhyde, puis le monoxyde de carbone, les composés azotés, les fibres minérales d'isolation et l'amiante.

Les pathologies le plus fréquemment rencontrées sont de type respiratoire soit non asthmatique, soit de type allergique et concernent aussi bien les voies respiratoires inférieures que supérieures. Des migraines, des vertiges, de la fatigue nous sont également fréquemment rapportés. Quant on sait que selon l'OMS, il y a 150 millions d'asthmatiques dans le monde et que dans dix ans, la moitié des Européens pourrait bien souffrir de l'une ou l'autre forme d'allergie, on comprend tout l'intérêt de la démarche du SAMI de la Province de Liège tant au niveau préventif que curatif.

Il faut insister sur le fait que les conseils donnés par l'équipe du SAMI sont habituellement simples à appliquer. Par exemple, dans le cas des maisons trop humides si souvent rencontré, nous conseillons d'attaquer le problème à la racine. S'il est vrai que parfois, la maison n'est pas étanche et qu'il faudra recourir aux services d'un homme de métier pour réparer la toiture ou que les fondations sont la source d'une remontée capillaire d'eau sous forme d'humidité ascensionnelle et qu'il faudra une solution spécifique à ce problème, dans la majorité des cas, les problèmes d'humidité sont dus à de la condensation intérieure sur des parois froides. En agissant au niveau des sources de vapeur d'eau telles que les salles de bains, les buanderies ou les cuisines, et en modifiant les habitudes liées à certaines activités, on pourra réduire nettement la charge de vapeur d'eau à évacuer quotidiennement. Pour ce faire, nous serons amenés à conseiller le placement et l'utilisation de grilles de ventilation, de hottes d'extraction dans les cuisines et dans les salles de bains mais également certaines précautions au niveau des murs et des parois froides, à savoir : éviter d'encombrer ces zones par des meubles difficiles à déplacer mais aussi préférer un revêtement lisse et lavable afin de pouvoir régulièrement vérifier l'état de ces murs et les laver pour éviter que d'éventuelles moisissures ne puissent y croître.

## Conclusions

Lorsque les conseils du SAMI sont appliqués, on peut constater une disparition des plaintes ou une amélioration nette de l'état de santé dans plus de 80 % des cas.



**Malheureusement, dans environ 25 % des cas, les conseils ne sont pas complètement suivis.** Nous nous devons d'encourager ces personnes à appliquer nos conseils, car même si les liens entre l'habitation et la santé sont parfois complexes, l'expérience acquise par le SAMI depuis plus de six ans nous permet d'affirmer que les patients qui nous ont appelés ne sont pas des « malades imaginaires » mais sans doute, des personnes plus sensibles que d'autres et qui bénéficieront certainement, en termes de santé, d'une modification de leur environnement intérieur et d'un changement éventuel de certains comportements.

L'entourage de ces malades doit comprendre que même si le niveau toxique n'est pas atteint, une personne allergique ou hypersensible peut être gravement perturbée par les différents agents de pollution intérieure. Accepter cette différence et faire l'effort de remédier aux situations qui posent problèmes à ces personnes leur permettra sans doute de recouvrer la santé mais sera pour tous aussi une garantie de bien-être et d'équilibre.

**C'est cette voie qu'ont décidé de suivre les Autorités Provinciales Liégeoises en mettant à la disposition de la population un service accessible et gratuit tel que le Service d'Analyse des Milieux Intérieurs, (SAMI) qui peut être contacté au 04/34 95 110 ou par courrier électronique à [sami@prov-liege.be](mailto:sami@prov-liege.be).**

## Bijlage 7.10 : structuur OCMW's

### OCMW Gent

Onze dienst Wonen helpt u met problemen bij het huren van een woning en bemiddelt met uw huisbaas. De Dienst Wonen geeft ook informatie over:

- premies en huursubsidies
- de vereiste woonkwaliteit
- de procedures van onbewoonbaarverklaringen

Wij werken ook samen met de Huurdersbond.

#### **Hulp bij het verhuizen, tweedehands meubilair.**

Onze karweidienst helpt u met verhuizingen en allerlei karweien zoals schilderen of behangen als u de prijzen op de private markt niet kan betalen. U kan eventueel ook opgeknapt meubilair van de noodcentrale gebruiken. Uw maatschappelijk werker onderzoekt eerst of u met uw inkomen recht heeft op de gevraagde dienst. Uw bijdrage is afhankelijk van uw inkomen en uw gezinssituatie.

#### **Noodwoning.**

Ontploffing of brand? U kan tijdelijk terecht in één van onze noodwoningen (maximum 3 maand). De Dienst Wonen zoekt ook samen met u naar een nieuwe woning.

#### **Sociaal verhuurkantoor.**

Ons sociaal verhuurkantoor huurt huizen op de private markt en verhuurt die tegen betaalbare huurprijzen. We geven voorrang aan kandidaat-huurders met het laagste inkomen en de slechtste huisvestingssituatie.

#### **Wie geen dak boven het hoofd heeft.**

Als u dakloos bent of u bent door een crisissituatie in een onthaalcentrum of therapeutische gemeenschap terecht gekomen, dan heeft u vaak ook nog te kampen met financiële, sociale of administratieve problemen.

De maatschappelijk werkers van onze dienst thuislozenzorg kunnen u begeleiden en helpen bij het zoeken naar een woning. Wij doen dit samen met de hulpverleners van de opvangcentra.

Het Centrum Algemeen Welzijnswerk Artevelde vzw organiseert vanaf 20 december 2005, meer info op hun website [www.artevelde.be/](http://www.artevelde.be/).

#### **Wonen in De Baai.**

Bent u alleenstaand en ouder dan 45 jaar en lukt het u al lange tijd niet om een vaste woonst te houden, dan kan u terecht in "De Baai". In ons OCMW pension "De Baai" kan u dan "definitief" gaan wonen. Bewoners die dat willen, kunnen ook begeleiding krijgen.



U kan alleen in De Baai komen wonen als u wordt doorverwezen door een hulpverlener.

### **Zelfstandig wonen als jongere.**

Met uw vragen over zelfstandig wonen als jongere kan u terecht bij de dienst Jeugd.

### **Enkele cijfers**

In 2005 verwerkte de Dienst Wonen 692 aanvragen van burgers met vragen rond het vinden van een woning.

1/3 van de OCMW-cliënten kampt met woonproblemen

In 2005 ontving het OCMW 964 meldingen van een uitzettingsprocedure

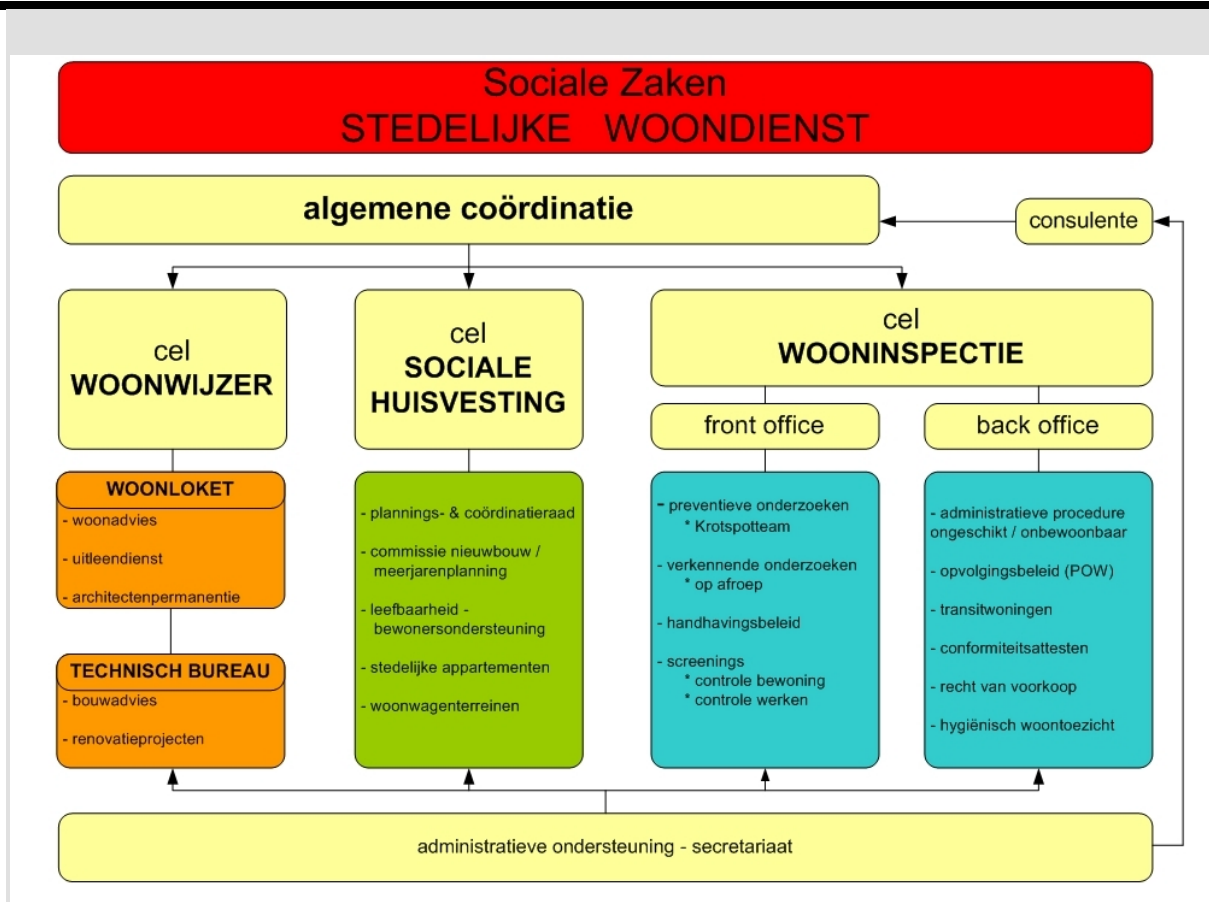
In 2005 werd in 264 situaties effectief overgegaan tot een uithuiszetting

In 2005 werd in 43 crisissituaties een noodwoning toegekend

In 2005 werden 461 thuislozen door OCMW Gent geholpen

## Bijlage 7.11 : Structuur Huisvestingsdiensten

### Woondienst Antwerpen



### STEDELIJKE WOONINSPECTIE

#### 1. FRONTOFFICE

##### 1.1. De ongeschikt- en onbewoonbaarverklaring

- de stedelijke wooninspectie heeft in 2005 na melding of klacht 911 dossiers behandeld, hetzij 16% meer dan in 2004.
- sinds het opstarten van de woondienst (1998) werden in totaal 3518 dossiers opgestart, waarvan er inmiddels 2569 hetzij 73% werden opgelost, d.w.z. deze woningen werden gesaneerd of gerenoveerd.
- er blijven op 31.12.2005 nog 949 woningen in Antwerpen ongeschikt of onbewoonbaar. Via de backoffice worden deze dossiers strikt opgevolgd.
- op 31.12.2005 zijn nog 416 dossiers in behandeling, d.w.z. de procedure voor ongeschikt- of onbewoonbaarverklaring werd nog niet afgerond.

Dit is een opmerkelijke verhoging (+ 76%) tegenover vorig jaar, vooral te wijten aan de stijging van de termijn die het Vlaams gewest nodig heeft om het wettelijk voorzien advies uit te brengen. Uitschieters zijn hier de dossiers die worden behandeld door de Vlaamse Wooninspectie (gemiddeld 5 ½ maand).

- 70% van alle dossiers hebben betrekking op het district Antwerpen.
- de meeste inspanningen worden in Antwerpen-noord geleverd. In 2005 is het aandeel van Antwerpen-noord nog verder gestegen (68%), vooral door de inspanningen van het Krotspotteam (zie infra)